



UC/FPCE_2011

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**As Relações Pais/Filhos e o Auto-conceito em sujeitos com
Deficiência Mental Ligeira**

Liliana Patrícia Carvalho Reis

Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia do
Desenvolvimento, realizada sob a orientação da Professora Doutora
Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias

RESUMO

O objectivo deste estudo é avaliar e compreender o auto-conceito e as relações pais/filhos em sujeitos com deficiência mental ligeira, assim como a possível associação entre estas variáveis. Para analisar estes aspectos, recorreu-se a uma amostra de 135 sujeitos de várias instituições de solidariedade social. Os dados foram recolhidos através da adaptação portuguesa do *Questionário sobre as relações pais/filhos* de Bastin e Delrez (1976) realizada por Vaz Serra (1987), do *Inventário Clínico de Auto-conceito* construído por Vaz Serra em 1985 e de um Questionário Sócio – Demográfico. Os resultados obtidos parecem ter sido bastante influenciados pela deficiência mental ligeira. Deste modo, verificou-se a existência de certas correlações inversas significativas, de baixa e moderada magnitude, entre alguns factores na associação entre as relações pais – filhos e o auto-conceito, habitualmente inesperadas em sujeitos normais. Para além disto, constatou-se também que a idade e o sexo não influenciam as relações pais/filhos e o auto-conceito. Estes resultados permitem abrir caminho ao nível da compreensão desta prolema e consequente intervenção, tanto junto dos sujeitos com deficiência mental ligeira como das suas famílias.

Palavras-chave: Deficiência Mental, Relações pais/filhos, Auto-conceito.

ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate and understand the self-concept and the relationship between parents / children in subjects with mental deficiency and also the association between these variables. To examine these aspects, we used a sample of 135 subjects of various charities. Data was collected by the portuguese adaptation of the *Questionário sobre as relações pais/filhos* de Bastin e Delrez (1976) done by Vaz Serra in 1985, from *Inventário Clínico de Auto-conceito built by Vaz Serra* and a Socio-demographic questionnaire. The results have been probably influenced by mental deficiency. Thus, it was found that there were a few significant inverse correlations, presenting low and moderate magnitude, between some factors on the association between the parents / children relations and self-concept. These associations are often unexpected in normal subjects. In addition, it was also found that age and sex did not influence the relationship between parents / children and self-concept. These results open the way to allow us to understand this problem and consequent intervention with both subjects with mental deficiency and their families.

Key-words: Mental Deficiency, parents/children Relationship, Self-concept.

AGRADECIMENTOS

*A muitos se deve a construção deste trabalho.
A todos agradeço.
A muitos agradeço, já, pessoalmente.
Nominalmente, expresse agradecimentos.*

Uma obra nunca é produto de uma só pessoa. Assim, o estudo que se realizou reflecte e integra os múltiplos contributos que, em cada momento específico, permitiram viabilizá-lo. Agradece-se, por isso, a todos quantos deram o privilégio de me acompanhar no desbravar de um percurso que, embora difícil, se revelou estimulante. Expressa-se, de uma forma particular, um profundo e sentido reconhecimento áqueles sem os quais, por razões diversas, não teria sido possível cumprir o objectivo proposto.

À Doutora Maria da Luz Vale Dias, minha orientadora, pelo rigor científico e objectividade, pelo saber e orientação, pela tranquilidade que sempre transmitiu nos momentos de maior angústia, pelas horas de trabalho dispensadas, pelo seu interesse, críticas e sugestões valiosas e exigência ao longo da elaboração deste projecto.

À Dra. Florbela Vitória, pela receptividade e disponibilidade, pelos aconselhamentos em termos metodológicos, de tratamento estatístico dos dados.

À Dra. Paula Cavaco, pelos laços de amizade que nos unem, que ultrapassam as questões meramente profissionais, pela empatia nos bons e maus momentos, pelo prazer constante de podermos trabalhar em equipa, pela genuína ternura na partilha de todas as nossas vitórias, por toda a confiança, compreensão, apoio incondicional e disponibilidade permanente, para além da extrema sensibilidade evidenciada nos momentos de maior tristeza.

Às pessoas com Deficiência Mental, elementos da amostra do estudo, que se disponibilizaram para se integrarem sem contrapartidas, já que sem elas não teria sido possível a realização deste projecto.

A todas as instituições e familiares das pessoas que constituíram a amostra, pela disponibilidade demonstrada na aplicação dos instrumentos e pela gentileza e simpatia com que sempre me acolheram.

A todas as pessoas que me apoiaram na tradução de documentos e artigos de forma interessada e sem contrapartidas.

Ao meu marido, Marco, pela incondicional dedicação, pela sua presença e preocupação constante com o meu bem-estar, pelo fundamental suporte emocional, cumplicidade e compreensão, pela sua grande sensibilidade nos momentos de tristeza e angústia e, acima de tudo, por todo o seu amor demonstrado.

Aos meus pais, a quem tanto devo, pelo afecto recebido em toda a minha vida, por me fazerem acreditar que o esforço compensa sempre, por mais difíceis e intransponíveis que pareçam ser os obstáculos e pelas horas de conversa salutareas ao meu crescimento pessoal e profissional que me tornaram na pessoa que sou. A eles manifesto uma enorme gratidão.

À minha prima Vânia, pela amizade construída e consolidada, pela escuta e horas de estimulantes conversas, pelo companheirismo e cumplicidade e pelo importante apoio e incentivo.

A todos os restantes amigos, colegas e familiares, que aqui não foram citados, por constituírem algumas das “coisas” realmente boas que somos capazes de manter ao longo da vida.

Em último, e não menos importante, ao meu filho Santiago que foi, sem dúvida, a minha principal fonte de energia e de motivação. As palavras aqui tornam-se mais difíceis, pois sendo ele a razão do meu viver, os sentimentos vão mais fundo. É a ele, portanto, que dedico esta investigação.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
-----------------	---

I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - DEFICIÊNCIA MENTAL.....	13
1.1- EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE DEFICIÊNCIA MENTAL.....	13
1.2- DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA MENTAL.....	17
1.2.1- A Deficiência Mental como Défice Intelectual.....	22
1.2.2- A Deficiência Mental como Défice Adaptativo	24
1.2.3- A Deficiência Mental como Défice Cognitivo.....	29
1.2.4- A Deficiência Mental como défice socialmente definido.....	32
1.3- PREVALÊNCIA.....	33
1.3.1- Prevalência da Deficiência Mental Ligeira em função da Idade.....	35
1.3.2- Prevalência da Deficiência Mental Ligeira em função do sexo.....	36
1.3.3- Prevalência da Deficiência Mental Ligeira em função do Nível Sócio – Económico.....	36
1.4- ETIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA MENTAL.....	40
1.5- CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA MENTAL LIGEIRA.....	43
CAPÍTULO II - FAMÍLIA E DEFICIÊNCIA MENTAL.....	49
2.1- DEFINIÇÃO DE FAMÍLIA.....	49
2.2- CONTRIBUTOS DA TEORIA DE VINCULAÇÃO NA COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES PAIS-FILHOS.....	52
2.3- ESTILOS PARENTAIS.....	60

2.4- FAMÍLIA E PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL.....	68
2.4.1- A pessoa com deficiência mental e o seu impacto familiar.....	73
2.4.2- Percepções parentais na deficiência mental.....	76
CAPÍTULO III - AUTO-CONCEITO.....	93
3.1- DEFINIÇÃO DE AUTO-CONCEITO.....	93
3.2- DIFERENÇAS INDIVIDUAIS NO AUTO-CONCEITO.....	105
3.3- SUPORTE FAMILIAR E AUTO-CONCEITO.....	106

II ESTUDO EMPÍRICO

1- DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	111
2- HIPÓTESES.....	111
3- MÉTODO.....	112
3.1- AMOSTRA.....	112
3.1.1- Apresentação e caracterização da valência de Formação Profissional.....	118
3.1.2- Apresentação e caracterização da valência do CAO.....	119
3.2- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	120
3.3- PROCEDIMENTOS.....	124
4- RESULTADOS.....	126
4.1- ANÁLISE DAS PONTUAÇÕES NO ICAC E QRPE.....	127
4.2- A ASSOCIAÇÃO ENTRE O AUTO-CONCEITO E AS RELAÇÕES PAIS – FILHOS.....	129
4.3- O AUTO-CONCEITO E AS RELAÇÕES PAIS – FILHOS EM FUNÇÃO DO SEXO DOS SUJEITOS.....	130
4.4- O AUTO-CONCEITO E AS RELAÇÕES PAIS – FILHOS EM FUNÇÃO DO GRUPO ETÁRIO DOS SUJEITOS.....	131

5- DISCUSSÃO.....	133
5.1- A ASSOCIAÇÃO ENTRE O AUTO-CONCEITO E AS RELAÇÕES PAIS – FILHOS.....	133
5.2- A IRRELEVÂNCIA DO SEXO DOS SUJEITOS A NÍVEL DAS RELAÇÕES PAIS – FILHOS E DO AUTO-CONCEITO.....	139
5.3- AS RELAÇÕES PAIS – FILHOS E O AUTO-CONCEITO EM FUNÇÃO DA IDADE DOS SUJEITOS.....	139
CONCLUSÕES.....	143
BIBLIOGRAFIA.....	147
ANEXOS.....	161

TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra – género, estado civil, escolaridade e meio.....	113
Tabela 2. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da idade e do número de anos de escolaridade.....	114
Tabela 3. Caracterização profissional.....	115
Tabela 4. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da idade dos pais.....	116
Tabela 5. Caracterização dos pais – profissão e estado civil.....	117
Tabela 6. Designação e constituição dos factores do QRPE.....	122
Tabela 7. Análise descritiva das pontuações nos instrumentos e estudo da distribuição.....	128
Tabela 8. Matriz de correlações de <i>Spearman</i> entre o auto-conceito e as relações pais- filhos.....	129
Tabela 9. Médias, desvios-padrão e U de <i>Mann-Whitney</i> no auto-conceito e nas relações pais- filhos em função do sexo.....	131
Tabela 10. Médias, desvios-padrão e U de <i>Mann-Whitney</i> no auto-conceito e nas relações pais-filhos em função do grupo etário.....	132

INTRODUÇÃO

A Deficiência Mental, apesar do grande desenvolvimento na educação especial nos últimos 25 anos, continua a ser uma área pouco estudada, sendo o número de trabalhos publicados em Portugal consabidamente escassos (Lopes, cit. in Marinho, 2000). Por isso, segundo Albuquerque (1990), a definição de deficiência mental continua controversa, apesar desta considerar, ao contrário de Lopes (cit. in Marinho, 2000), que existiu excelentes progressos nos conhecimentos teóricos e nas práticas reabilitativas nos últimos tempos.

A deficiência mental não é uma condição à parte da do resto das pessoas, uma vez que surge mais no contínuo da normalidade que como um estado qualitativamente diferente desta. Para além disso, refere-se a uma ampla categoria de pessoas que têm em comum limitações intelectuais específicas (na inteligência conceptual, prática e social) que afectam a capacidade da pessoa para enfrentar os desafios da vida diária na comunidade.

As dificuldades relativamente à demarcação deste conceito representam a impossibilidade de abarcar numa única definição todo o espectro da variabilidade inter-individual. Na verdade, a heterogeneidade das pessoas normalmente denominadas como deficientes mentais (etiologia, grau, disfunção, necessidades educativas) mostra que se está perante um problema difícil, multideterminado e multidimensional e que não se limita a uma única definição. Por isso, as definições de deficiência mental são normalmente formais, uma vez que é difícil definir de forma concreta a diversidade que a constitui. Por outro lado, a evolução histórica desta noção mostra que a sua definição sofreu influências devido às exigências sociais, culturais, políticas e administrativas. Tal facto verifica-se ao se relembrar que é com a obrigatoriedade escolar que surge a debilidade mental e são os critérios pedagógicos e sociais que atribuem um significado aos seus limites, ou seja, um QI de 50 e 70 (Albuquerque, 1990).

Apesar das dificuldades e relatividade referidas, o modo como a deficiência mental é delimitada e caracterizada tem implicações importantes a vários níveis: administrativo, científico, social e educativo (Albuquerque, 1990), uma vez que pode ser considerada como um problema médico, psicológico e educacional, mas sobretudo um problema social (Lopez *et al.*, 2005). Do ponto de vista médico e de acordo com a visão de Doll (1940), a deficiência mental é considerada como uma doença, mas do ponto de vista psicológico é encarada como uma condição devido à sua natureza congénita. Em alguns casos é uma doença e na sua maioria uma condição. Ainda segundo Doll (1940), pode-se conceber a deficiência mental

como sendo uma condição que é peculiar ao organismo do ponto de vista do seu desenvolvimento individual relativamente a uma determinada espécie. Esta teoria é um conceito plausível da deficiência mental devido ao peso da evidência favorecendo a definição de debilidade mental como uma paragem no desenvolvimento, uma tendência pessoal para a infantilidade.

A deficiência mental pode também ser concebida como um retrocesso a um estágio primitivo da evolução social. Este paralelismo filogenético sugere que algumas das variedades clínicas da deficiência mental podem ser comparadas com as formas anteriores do desenvolvimento social no homem. Esta tese tem algum valor em conceber os tipos de deficiência mental endógena como reflexo dos estádios primitivos da adequação pessoal – social. Considerando que a nível ontogenético o débil mental pode ser comparado com crianças do mesmo ambiente socioeconómico, a teoria filogenética sugere uma comparação com os níveis culturais da antropologia social.

Em 1973, pela Associação Americana de Deficiência Mental, e posteriormente em 1977, pela Organização Mundial de Saúde, a categoria de zona limite ($70 \geq Q.I. \leq 85$) foi eliminada e, deste modo, milhões de crianças, que anteriormente a estas datas poderiam ser consideradas deficientes mentais numa perspectiva classificativa, deixam rapidamente de o poder ser, verificando-se que tanto os critérios psicopedagógicos como os limiares psicométricos são muitas vezes determinados por critérios sociais, para além de, conjuntamente, também salientarem o carácter transitório das definições actuais (Albuquerque, 1990).

Assim, apesar dos excelentes progressos dos conhecimentos teóricos e práticas reabilitativas (Albuquerque, 1990) e do grande desenvolvimento da educação especial nos últimos 25 anos (Lopes, cit. in Marinho, 2000), a deficiência continua a ser um grande obstáculo para o mercado de trabalho. Alguns dos factores que podem afectar o processo de transição para a vida adulta de jovens com deficiência prendem-se com a falta de flexibilidade no ajustamento dos postos e nos horários de trabalho, a falta de informação das entidades empregadoras acerca da importância e das possibilidades de emprego das pessoas com deficiência e a relutância em investir nas adaptações necessárias à promoção do emprego destas pessoas. Por outro lado, a falta de apoio financeiro aos empregadores para adaptar as instalações e criar os lugares de trabalho adequados, o desemprego em geral, o desconhecimento acerca de incentivos à contratação de pessoas com deficiência e à adaptação

de postos de trabalho e o desconhecimento acerca dos benefícios fiscais articulados ao emprego de pessoas com deficiência também são factores que podem afectar o processo.

O acesso ao emprego é fundamental para a integração das pessoas com deficiência na vida económica e social em geral, devendo ser, sempre que necessário, acompanhado de medidas de orientação e de formação profissional. A participação no mercado de trabalho permite que as pessoas com deficiência garantam a sua subsistência, fomentem a sua relação com os outros, nomeadamente com os seus grupos de pares e participem na sociedade de modo mais activo, contribuindo para a sua dignificação e autonomia. Neste sentido, e de acordo com o princípio de normalização que Wolfensberger elaborou em 1972 (Batista & Enumo, 2004), todas as pessoas portadoras de deficiências têm o direito de usufruir de condições de vida o mais comum ou “normal” possível, na sociedade em que vivem. Dito de outra forma, normalizar não quer dizer tornar normal, significa dar à pessoa oportunidades, garantindo o seu direito de ser diferente e de ter as suas necessidades reconhecidas e atendidas pela sociedade.

O facto da amostra deste estudo ser constituída por pessoas com deficiência mental ligeira, maioritariamente formandas na valência da formação profissional, cujo objectivo contempla a integração no mercado de trabalho, revela que se tem conhecimento das dificuldades que estas pessoas vivem para alcançarem maior autonomia.

Tendo em conta a temática apresentada, neste trabalho pretendeu-se, em concreto, contribuir para o aprofundar do conhecimento em áreas específicas da população com deficiência mental, nomeadamente, avaliar e compreender o auto-conceito e as relações entre pais e filhos com deficiência mental ligeira. Optou-se também por verificar a existência da associação relativa ao género e às relações pais – filhos e ao auto-conceito, tal como a faixa etária dos sujeitos com deficiência mental ligeira e as relações pais – filhos e o auto-conceito, uma vez que, através da revisão bibliográfica, se demonstraram como temas recorrentemente abordados por diversos autores.

O presente trabalho inclui várias secções que se estruturam em duas partes: a primeira ocupa-se da revisão bibliográfica, recorrendo-se à citação de vários estudiosos, que contribuíram para a evolução da compreensão desta problemática. Assim, no I Capítulo, *Deficiência Mental*, explicita-se a sua evolução histórica e a abrangência que o conceito encerra em si; a prevalência em função da definição adoptada e dos critérios de diagnóstico utilizados, da representatividade da população estudada e da influência de variáveis como a idade, o nível socioeconómico e cultural ou as condições educativas e de saúde; a etiologia,

que embora desempenhe um papel fundamental, na maioria dos casos, é ainda desconhecida. A sua especificação na deficiência mental permite aos técnicos não só um diagnóstico mais preciso, mas também uma consciencialização sobre as possíveis causas para o aparecimento da perturbação e, conseqüentemente, determina os meios e técnicas mais adequados a aplicar, objectivando-se a minimização das dificuldades dos sujeitos. E por fim, como a amostra do presente estudo é constituída por pessoas com deficiência mental ligeira, menciona-se as suas características específicas.

No II capítulo, *Família e Deficiência Mental*, apresenta-se as várias definições de família e os contributos da teoria de vinculação na compreensão das relações pais – filhos, uma vez que a teoria de vinculação enfatiza o papel do comportamento parental, sobretudo no domínio da aceitação e do afecto parental e na constituição da vinculação. Este capítulo irá ocupar-se, ainda, da literatura que aborda os estilos parentais e da família e pessoa com deficiência mental, nomeadamente, sobre o impacto familiar que uma pessoa com deficiência mental provoca, tal como as percepções parentais, as quais são fulcrais para melhor tentar compreender os resultados obtidos no estudo.

No III capítulo, *Auto-conceito*, expõe-se a sua definição e as diferenças individuais, bem como o suporte familiar no auto-conceito. Neste sentido, sendo o suporte emocional fornecido pela família, um dos aspectos das dinâmicas das relações familiares que surge muitas vezes associado à construção das representações sobre si mesmo, considerou-se interessante verificar a sua associação na população com deficiência mental.

A segunda parte do trabalho é composta pela apresentação de um estudo exploratório, essencialmente descritivo e transversal dedicado exactamente ao conhecimento das relações pais/filhos e do auto-conceito em sujeitos com deficiência mental ligeira e ao estudo da possível associação entre o carácter favorável da relação pais/filhos e o auto-conceito, bem como dos factores desta relação que poderão estar implicados na sua inter-relação. Serão ainda considerados aspectos relativos à questão da possível influência da faixa etária e das diferenças de género (masculino ou feminino) a nível das relações pais/filhos e do auto-conceito.

Abordam-se ainda nesta parte os objectivos do estudo, a metodologia utilizada, os resultados e a sua discussão, e, finalmente, haverá lugar à apresentação da síntese conclusiva.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - DEFICIÊNCIA MENTAL

1.1- EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Ao longo da história da humanidade, foram variadas as atitudes assumidas pela sociedade ou certos grupos sociais para com os indivíduos com deficiência, as quais se foram modificando por influência de vários factores: económicos, culturais, filosóficos, científicos, etc.

Na antiguidade clássica estes sujeitos foram vistos como possessores de demónios e de espíritos maus (Vieira & Pereira, 2003), eram rotulados comumente por “idiota” e “débeis mentais” (Broman, Nichols, Shaughnessy & Kennedy, 1987; Beirne-Smith, Ittenbach & Patton, 2002) e considerados como perigosos (Beirne-Smith *et al.*, 2002). Por este motivo, Vieira e Pereira (2003) referem que na idade média, eram comuns os apedrejamentos aos deficientes mentais, tendo milhares morrido nas fogueiras da Inquisição. Em várias sociedades e em diversas épocas foram privados de direitos cívicos. Em pleno século XIX e início do século XX, nos países anglo-saxões e escandinavos a esterilização foi usada para impedir a reprodução de todas as pessoas inaptas para o trabalho. O regime nazi hitleriano decretou que fossem extintos em nome do conceito da purificação da raça. Outros países, como a Inglaterra de 1547, colocou-os em “asilos” desumanos onde eram obrigados a vegetar e a mendigar em condições animais. As pessoas com deficiência mental eram discriminadas, tal como com o racismo, religião, política, etc (Beirne-Smith *et al.*, 2002).

Ainda nos princípios do século XIX, o conceito de deficiência mental proposto por Esquirol sob a designação de idiotia, manteve-se inalterável até meados do século XX. Este conceito, que Perron e Misés (1984, cit. in Albuquerque, 1990) denominam de tradicional ou clássico, comporta três elementos essenciais: atraso do desenvolvimento intelectual, constatável e mensurável a partir da criação da Escala Métrica de Inteligência elaborada por Binet.

Para Vieira e Pereira (2003), os modelos económicos, sociais e culturais impingiram às pessoas com deficiência uma inadaptação social geradora de ignorância, preconceitos e tabus que, ao longo de séculos alimentaram os mitos populares da perigosidade destes e do seu carácter demoníaco, determinando atitudes de rejeição, medo e vergonha.

Segundo os autores referidos anteriormente, felizmente, o desenvolvimento de uma cultura mais humanista, com a crescente valorização dos direitos humanos e os conceitos de igualdade de oportunidades, do direito à diferença, da solidariedade e justiça social que lhe são inerentes, determinaram o desabrochar de uma nova mentalidade, que começou por uma atitude de ingénua desculpabilização moral.

Em 1961, Rick Heber, definia a deficiência mental como um funcionamento intelectual geral inferior à média com origem no período desenvolvimental e que está associado a um comprometimento no comportamento adaptativo. Esta definição englobava deficiência mental limítrofe (borderline), ligeira, moderada, grave e profunda (Marinho, 2000, Barros *et al.*, 1999, Baumeister, 1987). Posteriormente, Grossman (1973) apresentou uma nova definição de deficiência mental que consistia num funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média com défices no comportamento adaptativo.

Segundo Marinho (2000) uma das grandes diferenças da definição de Grossman, relativamente à de Heber, centrou-se no facto de, na primeira, ter de existir necessariamente um funcionamento intelectual abaixo da média e um défice no comportamento adaptativo. No entanto, subsistia o problema da avaliação do comportamento adaptativo dada alguma subjectividade, visto que esta baseava-se essencialmente em juízos clínicos. Para além da definição de Grossman de 1973, centrou-se na introdução dos sistemas de classificação médica, quer da *Classification International Disorders 10* (CID 10) quer da American Psychiatric Association (APA) de 1968.

O aparecimento das noções de idade mental e de quociente intelectual vai gerar, apesar das intenções dos pioneiros da testologia, uma série de suposições e práticas que conduzem à assimilação da deficiência mental ao resultado obtido num teste de inteligência. O quociente de inteligência (QI) é considerado uma estimativa de capacidade inata, um reflexo de uma inteligência global, inalterável e não permeável às influências socioculturais. Como consequência, adopta-se a prática de designar ou classificar os indivíduos como deficientes mentais, com base exclusiva no seu resultado num teste de inteligência.

O segundo elemento, a etiologia como sendo orgânica, refere que o deficit intelectual é a expressão de uma lesão ou insuficiência cerebral ou de uma transmissão hereditária. No terceiro elemento, o prognóstico incluído no diagnóstico, o indivíduo permanecerá deficitário no seu desenvolvimento intelectual, o que implica a sua inadaptação social na vida adulta (Perron, 1979, cit. in Albuquerque, 1990). Esta inclusão do prognóstico no diagnóstico teve

repercussões dramáticas a nível individual, familiar, educativo e social, encorajando-se, assim, a passividade, a demissão e a inércia.

Nos anos 30 e 40, Doll modifica ligeiramente esta noção de deficiência mental e define-a não com base no QI, mas na competência social. Os deficientes mentais não podem alcançar a independência económica uma vez que são incompetentes sociais que vivem as actividades sociais, profissionais e educativas a níveis ineficazes (Doll, 1946, 1338, cit. in Albuquerque, 1990). Esta incompetência social é devida a uma maturação mental incompleta e essencialmente incurável devido às suas bases orgânicas (Doll, 1946, 1340/41, cit. in Albuquerque, 1990).

As definições mais recentes da deficiência mental foram publicadas pela *Associação Americana de Deficiência Mental* (AAMR) em 1992, pela CID 10 e pela APA em 1994. Segundo MacMillan e Reschly (1997), existem alterações significativas na versão de 1992, comparativamente com as de Heber e Grossman, no que se refere à dimensão intelectual, à dimensão de competências adaptativas e à delimitação de sub-grupos. No que diz respeito à dimensão intelectual, afirmam que a aplicação desta definição resultará num número dramaticamente maior de indivíduos que poderão ser abrangidos pela classificação de deficiência mental com base unicamente no QI.

Nesta nova versão, o comportamento adaptativo é constituído por dez áreas: uso de recursos comunitários, competências sociais/interpessoais, comunicação, vida doméstica, cuidados próprios, auto-controlo, saúde e segurança, competências académicas funcionais, tempos livres e trabalho. No entanto, não existem normas standardizadas para a medição deste comportamento, nem estudos analíticos que validem a existência e a independência destes dez domínios, tal como elementos sobre a sua consistência interna (MacMillan & Reschly, 1997).

Nesta definição, não são diferenciados sub-agrupamentos a partir de níveis de deficiência mental - ligeira, moderada, grave e profunda - mas sim, padrões e intensidades de apoios necessários com quatro níveis - intermitente, limitado, extensivo e generalizado - continuando a não haver instrumentos para os avaliar (MacMillan & Reschly, 1997).

Por conseguinte, o funcionamento intelectual geral continua a ser a principal dimensão definidora da deficiência mental, permanecendo o desacordo relativamente ao limite máximo do QI. Por outro lado, a dimensão do comportamento adaptativo foi fortemente criticada devido ao erro introduzido no processo de diagnóstico e na baixa fiabilidade das medidas de adaptação social e do comportamento adaptativo (Marinho, 2000). Na definição da APA

(1994), o IV *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, (DSM IV), manteve os diferentes graus da deficiência mental e não introduziu os níveis de apoio utilizados pela AAMR, os quais são directamente comparáveis com os primeiros (Marinho, 2000).

Esta perspectiva tradicional começa a ser debatida a partir dos anos 50. Importantes progressos científicos e técnicos, e atitudes sociais mais condescendentes, são as forças capitais das novas conceptualizações. O impacto dos factores socioculturais e socioeconómicos no ritmo e nas modalidades de desenvolvimento intelectual torna-se claro e a ênfase atribuída à influência rígida da hereditariedade na determinação do nível intelectual e da deficiência mental é deslocada para os factores ambientais. Desenvolve-se a perspectiva de que os níveis de funcionamento intelectuais, escolares ou sociais podem ser alterados de forma significativa (Clarke & Clarke, 1987, cit. in Albuquerque, 1990).

No âmbito da etiologia orgânica, as descobertas sobre as variações genéticas e a identificação de novas causas (dismetabolias, rubéola, etc.) comparativamente invulgares e corrigíveis através de uma acção preventiva ou terapêutica, levam a não recorrer a este tipo de agentes senão quando há fortes indícios ou provas da sua actuação.

Várias investigações revelaram que nos casos de deficiência mental ligeira, e mesmo até moderada, detectados, principalmente na idade escolar, a adaptação na idade adulta, nomeadamente a nível profissional, não apresentava dificuldades consideráveis. Segundo Clarke e Clarke (1982, cit. in Albuquerque, 1990) a revisão dessas investigações indica que a maior frequência de casos se encontra no fim do período escolar. Em seguida, o número de casos identificados diminui de forma espectacular. Parece, pois, que estes estados terminam por si próprios.

Payne e Mercer (1975, cit. in Albuquerque, 1990) destacam a consciencialização de que muitas crianças, oriundas de meios socioculturais desfavorecidos e grupos minoritários, eram erradamente denominados deficientes mentais e colocados em grupos especiais quando o diagnóstico se baseava somente no QI. Por sua vez, o reduzido valor preditivo dos resultados dos testes de inteligência em situações extra-escolares e na adaptação social, na idade adulta, a consideração do *biais* nos testes e da influência de variáveis individuais, sociais e situacionais na avaliação (Zazzo, 1979, cit. in Albuquerque, 1990) levam à necessidade de aceitação de outros critérios na definição de deficiência mental.

Ainda nos dias de hoje, importa também salientar que muitas pessoas adultas com deficiência mental são vistas como crianças, não sendo por isso estimuladas nem apoiadas na

realização de tarefas para as quais têm capacidades. Para além disso, muitas vezes os familiares decidem por eles, prejudicando-os (Beirne-Smith *et al.*, 2002).

1.2- DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Revistas algumas das circunstâncias históricas e dos contextos civilizacionais nas atitudes que se desenvolveram e se conservaram em relação à pessoa com deficiência, urge, agora, definir este conceito.

Se é difícil obter um critério uniforme para definir o conceito de deficiência, não é menos difícil definir o conceito de deficiência mental. A definição de deficiência mental é ainda hoje uma área em que divergem autores e organismos científicos, apesar de também existir pontos de convergência: impõe-se a ocorrência simultânea de um funcionamento intelectual nitidamente abaixo da média e de um défice no comportamento adaptativo.

A deficiência mental está relacionada com o défice intelectual, onde o QI é a expressão numérica e/ou a uma incompetência social, de natureza individual e origem constitucional, inalterável e incorrigível, podendo ser especificados quatro níveis de gravidade de incapacidade intelectual: ligeiro, moderado, grave e profundo. A deficiência mental ligeira corresponde a um QI entre 50-55 e aproximadamente 70, enquanto a deficiência mental moderada corresponde a um QI entre 35-40 e 50-55. Por sua vez, a deficiência mental grave diz respeito a um QI entre 20-25 e 35-40 e a deficiência mental profunda a um QI inferior a 20 ou 25 (DSM-IV-TR, 2002).

De acordo com o manual da Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) (1992, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002), em todos os casos, o grau de défice é de extrema importância. É dado relevo significativo às capacidades individuais, ao ambiente pessoal e social do indivíduo e ao estado actual das suas capacidades. Tendo por base esta interacção, conclui-se que as pessoas com deficiência mental vão apresentar diferentes necessidades e vão ser sujeitas a diferentes níveis de ajuda e assistência ao longo do seu processo adaptativo.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), Vasconcelos (2004), Barros e colaboradores (1999), Dykens (2006), Baumeister (1987), Beirne-Smith e colaboradores (2002) e Lopez e colaboradores (2005), a deficiência mental caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (QI aproximadamente de 70 ou inferior) com início antes

dos 18 anos e déficit ou concomitante insuficiência no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das áreas seguintes: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrole, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança. Estes três critérios são também tidos em conta pela Associação Americana de Deficiência Mental, para além de também considerar a inadaptação social como um factor determinante de atraso mental (Baumeister, 1987). Por sua vez, para Doll (1940) a inadequação social é o principal critério de deficiência mental, sendo que esta deficiência social é o resultado da deficiência mental no sentido mais restrito, isto é, uma ausência inata de suficiente capacidade mental para sustentar a sua independência social e pessoal. Esta falta de capacidade mental deve-se ao incompleto desenvolvimento mental durante o período normal de maturação genética. Por sua vez, o desenvolvimento mental é incompleto devido às causas constitucionais que afectam o organismo como um todo na sua estrutura e na sua função. Para o autor, a deficiência mental representa um simples desvio quantitativo da norma geral do comportamento humano. Nesta teoria, está subjacente a utilização do QI como o critério mais importante, se não o único. Assim, deste ponto de vista da deficiência mental, como o próprio termo indica, é simplesmente um poder intelectual, uma aptidão ou capacidade.

Edgar Doll (cit. in Moon *et al.*, 1990) considerava existirem 6 elementos essenciais na concepção de deficiência mental: (1) a incompetência social (2), devido a uma subnormalidade mental (3) que foi impossibilitada de se desenvolver (4) e é obtida na maturidade (5), causada por motivos fisiológicos e (6) essencialmente incurável. Contudo, os últimos dois elementos já não são considerados nas definições contemporâneas de deficiência mental.

A OMS propõe, de acordo com Anderson (1981, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005), um processo da deficiência mental caracterizado sobretudo pelas consequências que o problema apresenta no âmbito pessoal, familiar e social, sempre decorrente de uma deficiência biológica que acarreta incapacidade funcional. Com isso, o indivíduo não demonstra o desempenho esperado de acordo com a sua idade, sexo e classe social e, conseqüentemente, apresenta um *handicap* negativo que o leva a sofrer socialmente condutas de exclusão por parte do seu ambiente social.

Para Sarason (cit. in Moon, Inge, Wehman, Brooke & Barcus, 1990), a deficiência mental nunca é uma coisa ou característica de um indivíduo, mas sim uma invenção social

que muda consoante os valores e ideologia sociais que determinam que o diagnóstico e o tratamento sejam tanto necessários como desejados socialmente.

Para Grifa e Rigon (1980) a deficiência é a consequência de um processo entre maturação das funções e experiência cognitiva e afectiva em *feedback*, enquanto que a não maturação limita a possibilidade de experiências, comprometendo a maturação das funções. O processo abrange a capacidade de aprendizagem comportamental na interacção do contexto ambiental, o qual excluindo aprendizagem e capacidade comportamental perdem todo o sentido. Porém, para Martinez e Parra (2007), o deficit inato ou adquirido do funcionamento intelectual é a característica principal da deficiência mental, sendo que esta pode ser considerada como um problema de ordem médico, psiquiátrico, pedagógico ou educacional, mas sobretudo como um problema de ordem social e familiar, uma vez que sofrem de múltiplos problemas, quer físicos, mentais como emocionais, não sendo, por isso, simples e fáceis os cuidados a lhes prestarem (Blossom & Supplitt, 1990).

A Associação Americana de Desenvolvimento Mental, segundo Fonseca (1980) define a deficiência mental como a condição na qual o cérebro está impossibilitado de alcançar um desenvolvimento apropriado, complicando a aprendizagem no sujeito e privando-o de ajustamento social. Apesar do termo de deficiência mental ter origem médica e definir-se em termos de sintomas, síndromas e desordens, o que está por trás são critérios sociais. Usufrui-se de um critério social, mas assume-se acções médicas curativas e correctivas. Em suma, a deficiência mental, sendo um termo de origem médica, é definido por critérios não médicos, ou seja, por critérios éticos, morais, legais, psicossociais, etc.

Para a OMS (1989), a deficiência, no domínio da saúde, representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica. É, pois, uma perturbação ao nível do funcionamento de um órgão derivado de uma doença que o afectou, gerando incapacidade nos desempenhos funcionais da pessoa. A incapacidade é definida pela OMS como a redução ou falta de capacidades para uma actividade, de fora ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano e tem como desvantagem a consequência do impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que lhe limita ou impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores socioculturais. No entanto, esta desvantagem da pessoa, nas suas relações com o meio físico e social que a envolve, pode ser reduzida com o apoio de meios adequados.

Em 1959, a AAMR publica que a deficiência mental refere-se ao funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média, o qual teve origem durante o período de desenvolvimento e está associado ao defeito no comportamento adaptativo. O termo deficiência mental descreve o comportamento actual e não inclui obrigatoriamente um prognóstico. Já em 1973, a definição de deficiência mental refere-se ao funcionamento intelectual geral abaixo da média que concorre com a existência de défices no comportamento adaptativo e manifesta-se durante o período de desenvolvimento. Telford e Sawrey (1988, cit. in Souza & Boemer, 2003) corroboram esta ideia e referem que os danos podem surgir sob forma de retardamento maturacional, indicado pela lentidão de aquisições como sentar, andar, relacionar-se com outras crianças, dificuldade na aprendizagem, sobretudo no desempenho académico e inadequação no ajustamento social, especialmente na vida adulta e social e a nível económico, quando comparado com os seus pares. Os autores ainda realçam que esta definição converte o ‘retardamento mental’ numa expressão que descreve o estado corrente do comportamento adaptativo e do nível funcional da pessoa, independentemente da sua etiologia ou possibilidade de cura.

A principal característica inovadora desta definição reside no estabelecimento do critério de défice no comportamento adaptativo como complemento ao critério de défice no funcionamento intelectual. A inclusão deste critério desejou transferir o interesse atribuído ao QI para os aspectos sociais na apreensão da deficiência mental. Devido às limitações do uso restrito dos testes de inteligência neste tipo de avaliação, considera-se indispensável toda a informação complementar relativa à adaptação social.

Segundo AAMR, a tarefa essencial não é diagnosticar e classificar os indivíduos com deficiência mental (QI de 70-75 ou inferior), mas avaliá-los de um modo multidimensional, baseando-se na sua interacção com os contextos nos quais se desenvolvem e, a partir daí, determinar os tratamentos e os serviços de que necessitam para o seu desenvolvimento e inclusão na comunidade. Por essa razão, recusa a classificação dos sujeitos através do seu QI, como se tem feito até agora, e propõe um sistema de classificação baseado na intensidade dos apoios de que necessitam. Deste modo, em vez de se estabelecer um sistema de classificação baseado em níveis de inteligência do sujeito (ligeiro, moderado, grave ou profundo), propõe um sistema de classificação baseado na intensidade dos apoios que as pessoas com deficiência mental requerem (limitado, intermitente, extenso e generalizado). De entre as muitas vantagens desta mudança operada, ressalta que a ênfase dirigida para os apoios

implica centrar-se nas soluções dos problemas ou nas dificuldades do indivíduo, em vez de se centrar nas suas próprias limitações.

Apesar de ser bastante difícil definir inteligência, Stern (1914, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) refere que é a capacidade do organismo de se adaptar de modo conveniente a situações novas, Binet (1916, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) afirma que é o conjunto de processos de pensamento que constituem a adaptação mental, Wells (1917, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) considera que é a propriedade de combinar de outro modo normas de conduta, de modo a poder actuar melhor em novas situações, Thorndike (1921, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) assegura que é a faculdade de produzir reacções satisfatórias, do ponto de vista da verdade ou da realidade, Stoddard (1943, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) atesta que é a capacidade de realizar actividades caracterizadas por serem difíceis, complexas, abstractas, económicas, adaptáveis a certo objectivo, de valor social, carentes de modelos, assim como de mantê-las em circunstâncias que requeiram concentração de energias e resistência às forças afectivas. Por sua vez, Goddard (1945, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) também tentou definir a inteligência como o grau de eficácia que a nossa experiência tem para solucionar os nossos problemas presentes e prevenir futuros, Jaspers (1945, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005), referiu ainda que é o total de todos os dons mentais, talentos e perícias úteis nas adaptações às tarefas da vida, Wechsler (1958, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) afirma que é a capacidade agregada ou global de agir de modo intencional, de pensar racionalmente e de lidar de modo eficaz com o meio ambiente e, por fim, Hayes (1962, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) refere que é a acumulação de factos e habilidades aprendidas, sendo que o potencial intelectual inato consiste em tendências para se engajar em actividades que conduzem ao aprendizado, mais do que as capacidades hereditárias como tais.

Porém, por mais variadas que sejam as definições de inteligência, elas têm, em geral, um ponto comum: o facto do indivíduo se adaptar ou agir de modo satisfatório diante de situações novas para, assim, lidar com o meio ambiente. Para tanto, é necessário que ele consiga resolver os problemas que se lhe apresentam de forma satisfatória (Sprovieri & Assumpção, 2005). É obvio que essa capacidade de solucionar problemas será profundamente influenciada pelo aprendizado, que pode ser pensado como a mudança do comportamento diante de uma situação dada, incorrida pelas suas experiências repetidas naquela situação, desde que essa mudança de comportamento não possa ser explicada com base em tendências

de respostas nativas, maturação ou estados temporários do paciente (Rich, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005).

Por fim, no século XX existiu essencialmente quatro conceptualizações de deficiência mental dominantes: deficiência mental como défice intelectual, como défice no comportamento adaptativo, como défice cognitivo e como défice socialmente definido.

1.2.1- A Deficiência Mental como Défice Intelectual

A definição psicométrica da deficiência mental surgiu com a obrigatoriedade escolar, que a equacionou a um atraso do desenvolvimento intelectual, constatável e mensurável a partir da criação da Escala Métrica de Inteligência desenvolvida por Binet e Simon.

Segundo Albuquerque (2000), o aparecimento das noções de idade mental e de quociente intelectual, a difusão e o sucesso da prática psicométrica originaram várias suposições e práticas que levaram a assimilação da deficiência mental ao resultado obtido num teste de inteligência. Para além desta assimilação, a inteligência e a deficiência mental foram situadas em quadros conceptuais muito limitativos e inadequados. Assim, na primeira metade deste século, o QI foi entendido como uma estimativa de um potencial intelectual inato, um reflexo de uma inteligência geral, unidimensional e unideterminada, inalterável e não permeável às influências socioculturais e educativas (Haywood & Wachs, 1981, cit. in Albuquerque, 2000). Ao mesmo tempo, a deficiência mental foi prevista como um défice intelectual, onde o QI era a expressão numérica, de natureza individual e etiologia orgânica, imutável e incorrigível (Perron, 1969a, cit. in Albuquerque, 2000).

A partir de um modelo de avaliação normativo, Albuquerque (2000) refere que se estabeleceu um processo tautológico em que um desempenho que se supunha ser inferior era comprovado e explicado pelo quociente intelectual. Assumindo um poder esclarecedor do desempenho e das diferenças individuais que não possuía, o comportamento dos deficientes mentais era atribuído ao seu baixo QI.

A deficiência mental confundiu-se com os limiares do QI, cuja origem social e arbitrariedade não foram tidas em consideração, e que envolveram um valor pleno e universal que nunca poderiam ou pretenderam ter. Na tentativa de dissipar as possibilidades de definição dos algarismos, Zazzo (1979a, cit. in Albuquerque, 2000) explicou que são os critérios pedagógicos e sociais que concedem um sentido aos limites da debilidade mental, e

que estes se transformam muito ao longo do tempo em função das exigências sociais e educativas.

São exemplo destas oscilações as alterações na classificação dos graus de deficiência mental. Em 1959, a Associação Americana de Deficiência Mental (AADM) alterou o limite do QI, inerente ao diagnóstico da deficiência mental, de 70 para 85, devido ao pressuposto de que mesmo défices muito ligeiros no funcionamento intelectual causariam dificuldades numa sociedade tecnológica (Robinson & Robinson, 1976, cit. in Albuquerque, 2000). Em 1975, a referida associação eliminou o grau de zona limite ($70 \geq Q.I. \leq 85$), e em 1977 a Organização Mundial de Saúde seguiu os mesmos passos. Assim, muitas crianças que entre estas duas datas poderiam ser consideradas deficientes mentais deixaram de o poder ser. Por último, em 1992, a mesma associação, agora designada de “*American Association on Mental Retardation*” (AAMR), move o limite da deficiência mental para um QI de 75 (Luckasson *et al.*, 1992, cit. in Albuquerque, 2000). Estes exemplos relativizam a definição psicométrica da deficiência mental em função do contexto social e salientam o carácter temporário dos limites actuais.

De acordo com Albuquerque (2000), a partir dos anos 60, as censuras e o questionamento de que são alvo os testes tradicionais de inteligência e o QI, encontraram alguma da sua explicação no ensino especial e visaram as expectativas irrealistas e as falsas propriedades com que os testes foram investidos e as consequentes aplicações e interpretações inadequadas dos seus resultados.

No que diz respeito à deficiência mental, as objecções dirigem-se particularmente aos erros de diagnóstico e à classificação que resultam do emprego isolado dos testes de QI. Os testes psicométricos de inteligência expõem enviesamentos socioeconómicos e culturais, passíveis de explicarem a exagerada representação das crianças dos estratos sociais mais baixos e de minorias em classes especiais para deficientes mentais ligeiros (Dunn, 1968; Mercer, 1970, 1973, cit. in Albuquerque, 2000). As variáveis individuais e os factores referentes à própria situação de avaliação influenciam no desempenho dos sujeitos. Os erros ocasionais de medida dos testes e estes, dados os seus limites, não são passíveis de se constituírem como os únicos procedimentos de avaliação, de tomada de decisões ou de diagnóstico.

Segundo Albuquerque (2000), a relevância dada aos testes de inteligência na identificação da deficiência mental e no encaminhamento para o ensino especial tem tanto de polémica, como de desencadeadora de um processo de estigmatização e segregação educativa.

De acordo com Baumeister (1987), autores referem que o QI por si só é pouco expressivo e que a idade mental é uma variável intelectual do desenvolvimento. É uma posição do desenvolvimento que prediz que as crianças compensadas nos *scores* de idade mental serão idênticas nos seus processos cognitivos e de desempenho. De acordo com o seu desenvolvimento, a deficiência mental atribui-se mais a factores poligenéticos, principalmente determinados pela hereditariedade, apesar de talvez mais vulneráveis a alguns efeitos ambientais. Outra visão afirma que os *scores* da idade mental são só aritmética de um conjunto de produtos que reflectem relativamente pouco sobre a natureza das próprias capacidades intelectuais. As teorias do defeito ou da diferença geralmente postulam alguns processos ou funções de como cooperar para o desempenho na deficiência mental, tal como a memória a curto prazo ou o défice de atenção. Algumas teorias predizem que a diferença em pessoas com deficiência mental é cognitivamente inferior ao de crianças normais de idade mental igual.

1.2.2- A Deficiência Mental como Défice Adaptativo

O comportamento adaptativo tem como objectivo avaliar o deficiente mental no seu êxito em tarefas correspondentes ao seu nível etário e meio social, ou seja, numa óptica de desenvolvimento (Albuquerque, 1990). Historicamente, o termo comportamento adaptativo tem sido utilizado para transmitir a capacidade de responsabilidade social e independência de uma pessoa (Beirne-Smith *et al.*, 2002).

A inclusão deste critério teve como finalidade desviar a importância atribuída ao QI para os aspectos sociais na compreensão da deficiência mental, reflectindo a sua relatividade sociocultural (Albuquerque, 2000).

De acordo com Barros e colaboradores (1999), o comportamento adaptativo e a inteligência são dois conceitos que se relacionam, mas que não devem ser confundidos. A relação entre o nível intelectual e o comportamento adaptativo indica que, apesar das correlações diferirem segundo os graus de deficiência mental e os instrumentos utilizados, as duas dimensões apresentam uma correlação positiva moderada e não são empiricamente independentes (Seltzer & Seltzer, 1983, cit. in Albuquerque, 1990). Magerotte (1974, cit. in Albuquerque, 1990) atribui esta correlação ao facto das técnicas utilizadas medirem, em parte, os mesmos factores. A sobreposição entre ambas está clara na inclusão de vários itens,

directamente dependentes do desenvolvimento cognitivo, em muitas escalas de comportamento adaptativo. Contudo, estas sobreposições continuam a ser contraditórias, se se tiver em conta que o comportamento adaptativo foi indicado enquanto critério complementar, apesar de diferente do de nível intelectual. O comportamento adaptativo deve ser concebido em termos de capacidades para ser um membro funcionalmente activo numa sociedade. Enquadra-se dentro da "inteligência prática", ou seja, a capacidade de se defender por si mesmo de forma independente nas actividades da vida diária (alimentação, vestuário, higiene). A origem do interesse em medir o comportamento adaptativo surge como uma reacção contra o QI, entendido como equivalente a uma medida abrangente do comportamento humano.

Apesar de ter sido difícil delimitar o conceito de comportamento adaptativo, à luz do que referiu Albuquerque em 1990, Robinson e Robinson (1976, cit. in Albuquerque, 2000) também definiram que está relacionado com desempenhos observáveis e com a capacidade de adaptação às exigências naturais e sociais do meio (Magerotte, 1978, cit. in Albuquerque, 2000; Mercer, 1977, cit. in Vieira & Pereira, 2003), ou seja, visa a eficácia dos indivíduos na satisfação das normas de independência pessoal e de responsabilidade social estabelecidas para a sua idade e para o seu grupo cultural (Grossman, 1983). Como as normas e expectativas sociais diferem muito com a idade, com os contextos de vida e com o(s) grupo(s) cultural(is) onde o sujeito está inserido, o comportamento adaptativo deverá ser avaliado de modo diferencial, de acordo com esses factores. Assim, o conceito de comportamento adaptativo é, basicamente, um conceito relativo às situações sociais e ao nível de desenvolvimento individual (Albuquerque, 2000). A capacidade para lidar com as exigências sociais tem sido denominada por aspecto reversível da deficiência mental e reflecte primeiramente aqueles comportamentos em que a maior parte pode provavelmente ser modificada através do tratamento apropriado ou métodos de treino (Patton, 1986, cit. in Vieira & Pereira, 2003).

A grande modificação subjacente à nova definição relaciona-se com a recomendação para substituir a classificação do QI por outro critério totalmente diferente, que se concentra na veemência dos apoios que os indivíduos com deficiência mental poderão carecer. Contempla-se a carência de um apoio intermitente, limitado, extensivo ou persistente ao nível de várias dimensões do funcionamento, como a intelectual, a adaptativa, a emocional e a física, em vez de graus de deficiência mental (Albuquerque, 2000).

Como existe alguma correspondência entre os graus de deficiência mental e os níveis de apoio, prevê-se que a denominação “jovem com deficiência mental ligeira” poderá dar lugar, consoante os casos, a imensas expressões alternativas, nomeadamente a “jovem com deficiência mental que requer apoios intermitentes nas competências sociais e nas aptidões académicas funcionais” ou que se trata de um “jovem com deficiência mental que requer apoios intermitentes na utilização de recursos comunitários ou no trabalho” (Albuquerque, 2000).

A introdução do critério de comportamento adaptativo ou de competências adaptativas não foi aceite sem objecções. Tanto o conceito de comportamento adaptativo, como a sua avaliação têm provocado grande polémica porque não foi devidamente desenvolvido e declara-se vago. Esta falta de clareza teórica verifica-se na terminologia utilizada: comportamento adaptativo, adaptação social e competência social, os quais são usados indiferentemente. Por isso, Zigler e Hodapp (1986, cit. in Albuquerque, 2000) defendem mesmo o abandono do conceito de adaptação social da definição da deficiência mental, não porque ele não é relevante, mas porque não está claramente delimitado, nem é avaliado convenientemente. Para Lambert (1986, cit. in Albuquerque, 2000) e Harrison (1987, cit. in Albuquerque, 2000) a noção de comportamento adaptativo nunca alcançou a devida atenção dos investigadores, tendo sido adicionada à definição de deficiência mental sem que se explicasse o seu significado. Esta realidade torna a avaliação do comportamento adaptativo equivalente a itens diferentes, mais do que a um conceito (Simeonsson, 1978, cit. in Albuquerque, 2000).

Como Simeonsson (1978, cit. in Albuquerque, 1990) destaca, o comportamento adaptativo constitui uma das abordagens e interpretações da competência social, para além da maturidade social, da adaptação ocupacional e vocacional, da competência instrumental e da competência interpessoal. Esta variedade de ópticas, apesar da sua vasta aplicação, salienta o desacordo relativo à definição da competência social e à sua avaliação (Anderson & Messick, 1974; Zigler & Trickett, 1978, cit. in Albuquerque, 1990). Com este desacordo, a inexactidão do comportamento adaptativo não surpreende. Porém, como o conceito de competência social na deficiência mental é importante, seria demasiado restritivo e inconveniente assimilá-lo ao comportamento adaptativo e negligenciar-se-iam aptidões e/ou processos interpessoais básicos às interações sociais (Greenspan, 1979, cit. in Albuquerque, 2000; Lambert, 1986, cit. in Albuquerque, 2000; Mathias, 1990, cit. in Albuquerque, 2000; Simeonsson, Monson & Blacher, 1984, cit. in Albuquerque, 2000).

As limitações no funcionamento adaptativo provêm de défices nas inteligências prática e social, uma vez que os sujeitos com deficiência mental tendem a apresentar dificuldades em entender o comportamento social e as motivações de terceiros e em colocar-se no lugar do outro (Verdugo & Bermejo, 2001, cit. in Machado, 2008).

Para precaver estes limites, é possível diferenciar, pelo menos, três abordagens gerais na investigação sobre a competência social: alguns autores relacionam-na a variáveis cognitivas, físicas, escolares, sociais, etc. (Zigler & Trickett, 1978, cit. in Albuquerque, 2000); outros (Gresham, 1986; Reschly, 1990, cit. in Albuquerque, 2000) entendem que é igual ao comportamento adaptativo associado às aptidões sociais; enquanto outros salientam principalmente as variáveis relativas à cognição social, ou seja, a compreensão e conhecimento do meio social que interferem no comportamento (Greenspan, 1979, cit. in Albuquerque, 2000; Lambert, 1986, cit. in Albuquerque, 2000; Mathias, 1990, cit. in Albuquerque, 2000; Simeonsson, Monson & Blacher, 1984, cit. in Albuquerque, 2000; Taylor, 1982, cit. in Albuquerque, 2000).

Esta última abordagem reúne maior apoio teórico e empírico, e, por isso, Greenspan (1979, cit. in Albuquerque, 2000) e Mathias (1990, cit. in Albuquerque, 2000) propõem que aos défices de comportamento adaptativo se adicionem os défices no nível de desenvolvimento sócio-cognitivo. Esta proposta tem um valor heurístico e necessita de investigações que a comprovem. De qualquer modo, possui o mérito de demonstrar a premência do esclarecimento da dimensão social da deficiência mental.

Foram criadas várias escalas para avaliar este critério de deficiência mental. Estas abordam a relação do deficiente com o seu meio de um modo estático: o meio é um dado fixo, estável, a que o deficiente mental se deve adaptar, sem se considerarem as suas influências e modificações mútuas (Lambert, 1986, cit. in Albuquerque, 1990). A adaptação social do deficiente mental é reduzida a uma lista de comportamentos díspares, considerados susceptíveis de contribuir para a satisfação de objectivos sociais. Contudo, a grande maioria das escalas avalia o desempenho referente à autonomia nas actividades da vida diária, ao desenvolvimento motor e linguístico, às aprendizagens escolares, às aptidões sociais e problemas de comportamento (Albuquerque, 2000). Todavia, segundo Grossman (1977, cit. in Albuquerque, 1990), devido à ausência de rigor na sua avaliação, estas escalas são avaliações incompletas do comportamento adaptativo, a sua aplicação solícita um conhecimento aprofundado do comportamento frequente do deficiente mental numa grande diversidade de situações e a interpretação dos seus resultados obriga o recurso à observação clínica e às

fontes de informação disponíveis. A partir de uma análise das escalas mais utilizadas, Meyers e colaboradores (1979, cit. in Albuquerque, 1990) e Taylor (1984, cit. in Albuquerque, 1990) atestam que se a fidelidade é apropriada nalguns casos, é ausente ou limitada na sua maior parte, e a validade mostra grandes lacunas. Posto isto, a validade preditiva e a de conteúdo não têm sido estabelecidas, e a validade concorrente tem sido determinada ou relativamente a outras escalas de comportamento adaptativo ou relativamente a testes de inteligência.

Enquanto instrumentos auxiliares de despistagem, identificação e diagnóstico da deficiência mental, estas polémicas diminuem, essencialmente, o valor destas escalas. Porém, são importantes nas áreas da detecção de domínios de intervenção, da elaboração de programas de ensino individualizado e da planificação educativa (Clarke & Clarke, 1985, cit. in Albuquerque, 1990).

Zigler e Hodapp (1986, cit. in Albuquerque, 1990) sugerem o afastamento do conceito de adaptação social da definição mental, porque não está visivelmente definido nem é adequadamente avaliado, devido a estas críticas. No entanto, consideram que é urgente se esclarecer a noção de comportamento adaptativo. Para além de se constituir como critério de definição, a importância da inclusão dos deficientes mentais questiona a adaptação social que solicita o desenvolvimento dos esforços propensos à sua especificação e aos estudos de novos modos de avaliação e intervenção.

Neste sentido, esta definição de comportamento adaptativo tem originado críticas relativas aos seus próprios factores e às consequências da sua utilização. Como os objectivos da sua adopção parecem não ter sido muito aceites na prática clínica e reabilitativa, Taylor (1980, cit. in Albuquerque, 1990) considera que o QI continua como critério preponderante do diagnóstico e da classificação e que o comportamento adaptativo é muitas vezes ignorado pelos investigadores. Também Huberty e colaboradores (1980, cit. in Albuquerque, 1990) e Smith e Knoff (1981, cit. in Albuquerque, 1990) confirmam que no encaminhamento de crianças para o ensino especial, o QI desempenha maior interferência do que o comportamento adaptativo ou a informação relativa ao desempenho escolar. A imprecisão e as dificuldades de avaliação justificam, em parte, a valorização do QI e a consequente anulação do comportamento adaptativo.

1.2.3- A Deficiência Mental como Déficit Cognitivo

O desenvolvimento e funcionamento cognitivos têm sido uma das áreas mais estudadas no domínio da deficiência mental, uma vez que esta se manifesta, principalmente, pelas dificuldades de aprendizagem, aquisição de aptidões e resolução de problemas.

Para Paour (1992, cit. in Albuquerque, 2000) a deficiência mental caracteriza-se tanto por um desenvolvimento cognitivo mais lento como por uma diferença no modo como as estruturas cognitivas são aplicadas. Independentemente do seu nível de desenvolvimento, os deficientes mentais têm muitas dificuldades na mobilização das suas competências cognitivas, que justificam os défices na criação de estratégias, a sua inferioridade em situações de resolução de problemas e o aumento gradual com a idade da diferença comparativamente aos sujeitos normais da mesma idade mental.

Apesar de existir vários conceitos para explicar os aspectos cognitivos da deficiência mental, e existir muitas controvérsias teóricas nos últimos anos, a mais importante e constante relativamente à deficiência mental ligeira é a que se refere à conceptualização do seu desenvolvimento cognitivo. Dois modelos teóricos opostos têm caracterizado a deficiência mental: o modelo desenvolvimentista, como um mero atraso no desenvolvimento, e o modelo déficeário ou da diferença, como a expressão de défices qualitativos específicos.

O modelo desenvolvimentista de Zigler e colaboradores (Balla & Zigler, 1979, cit. in Albuquerque, 2000; Zigler, 1967, cit. in Albuquerque, 2000; Zigler & Hodapp, 1986, cit. in Albuquerque, 2000) afirma que os deficientes mentais sem etiologia orgânica ou “culturais-familiares”, representando a extremidade inferior da distribuição normal e poligénica da inteligência, e correspondendo, especialmente, à deficiência mental ligeira, desenvolvem a mesma ordem de estádios de desenvolvimento cognitivo que as pessoas não deficientes mentais. Estes dois grupos diferem apenas nos processos cognitivos, pois os deficientes mentais progridem a um ritmo mais lento e atingem um nível cognitivo final inferior ao dos não deficientes. Este princípio tem sido denominado como a hipótese da sequência semelhante. O modelo desenvolvimentista também refere que os deficientes mentais “culturais-familiares”, quando comparados aos normais no nível de desenvolvimento cognitivo, apresentam desempenhos semelhantes em provas cognitivas, dada a identidade das estruturas e processos empregues. Este princípio é designado como a hipótese da estrutura semelhante (Weisz & Yeates, 1981, cit. in Albuquerque, 2000).

Várias investigações (Inhelder, 1963; Paour, 1992, cit. in Albuquerque, 2000; Weisz, 1990, cit. in Albuquerque, 2000; Woodward, 1979, cit. in Albuquerque, 2000) apoiam a hipótese da sequência semelhante. O estudo da deficiência mental contribuiu para o estabelecimento da invariância da gênese das estruturas operatórias, ao constatar que esta não se distingue da que foi relatada na criança normal. No que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo, a deficiência mental define-se, principalmente, por lentidão e fixação (Inhelder, 1963; Paour, 1986, cit. in Albuquerque, 2000). Na deficiência mental ligeira, a fixação tem lugar nas operações concretas e será devida a um processo de falso equilíbrio ou viscosidade genética manifesto, através da diminuição gradual da construção operatória, partindo do ingresso nos primeiros níveis das operações concretas, e na relativa fragilidade do raciocínio, qualificada por oscilações ou pela ressurgência de traços de um nível anterior sempre que o deficiente mental poderá atingir um nível de estruturação superior (Inhelder, 1963).

Para estabelecer a validade da hipótese da estrutura semelhante, Weiss, Weisz e Bromfield (1986, cit. in Albuquerque, 2000) compararam o desempenho de sujeitos deficientes mentais e normais, com as mesmas idades mentais, numa grande diversidade de áreas do desenvolvimento conceptual relativas aos estádios pré-operatório e das operações concretas, nomeadamente a atenção selectiva, organização da informação, memorização, utilização de conceitos, etc., e concluíram que, em cerca de metade das comparações, os indivíduos deficientes mentais mostravam resultados claramente inferiores aos indivíduos normais da mesma idade mental.

Estes resultados são um desafio à validade do modelo desenvolvimentista. Embora alguns investigadores (Borkowski & Turner, 1988, cit. in Albuquerque, 2000; Paour, 1991, cit. in Albuquerque, 2000; Switzky & Haywood, 1984, cit. in Albuquerque, 2000; Zigler & Hodapp, 1986, cit. in Albuquerque, 2000) defendam a importância da motivação e de outras características extra-cognitivas na explicação das realizações cognitivas e académicas dos deficientes mentais, não existem dados que apoiem uma justificação exclusivamente motivacional das diferenças observadas. Para além disto, o facto do modelo desenvolvimentista excluir das suas considerações os deficientes mentais de etiologia orgânica não tem sido bem aceite pela comunidade científica. A conceptualização déficeária é mais apropriada, para este grupo de sujeitos, contudo, enfrentam as oposições dos que consideram que a dicotomia etiológica das pessoas deficientes mentais é inapropriada, infidedigna e insignificante para a teoria psicológica (Baumeister, 1984, cit. in Albuquerque,

2000; Baumeister & MacLean, 1979, cit. in Albuquerque, 2000; Ellis, 1969, cit. in Albuquerque, 2000; Leland, 1969, cit. in Albuquerque, 2000).

Outro aspecto polémico, é o facto dos deficientes mentais serem equiparados com os normais da mesma idade, visto que esta é a variável descritiva que indica o nível de desenvolvimento cognitivo. Porém, alguns autores (Baumeister, 1967, 1984, cit. in Albuquerque, 2000; Milgram, 1969, cit. in Albuquerque, 2000; Sternberg & Spear, 1985, cit. in Albuquerque, 2000) duvidam deste aspecto e lembram que a idade mental é um composto aritmético, um valor sumário representante de uma média num conjunto heterogéneo de itens. A analogia dos desempenhos ou a ausência de diferenças qualitativas e quantitativas nas estruturas e processos cognitivos não é envolvida pela equabilidade da idade mental.

Segundo o modelo déficeário ou da diferença, os deficientes mentais distinguem-se dos normais através dos défices cognitivos específicos que excedem as simples diferenças no ritmo e no nível final de desenvolvimento. Mesmo quando a idade mental é igual, os deficientes mentais mostram, comparativamente a sujeitos normais mais novos, uma clara inferioridade em qualquer fase do desenvolvimento. Ao longo do desenvolvimento esta inferioridade tende a evidenciar-se, tornando-se o fenómeno do “défice da idade mental” (Haywood, 1987, cit. in Albuquerque, 2000).

Todas estas características cognitivas que têm sido mencionadas como diferenciadoras dos normais e dos deficientes mentais são inconciliáveis com uma só teoria (Sternberg & Spear, 1985). Todavia, Baumeister (1984, cit. in Albuquerque, 2000), Detterman (1987, cit. in Albuquerque, 2000), Kahn (1985, cit. in Albuquerque, 2000) e Paour (1992, cit. in Albuquerque, 2000) afirmam que, com uma explicação válida de cada modelo de uma das variadas formas da deficiência mental, é possível a junção dos dois.

Ao se falar sobre desenvolvimento cognitivo, não se poderia deixar de abordar a teoria de Piaget, no que concerne a indivíduos que sofrem de deficiência mental, ainda que de uma forma breve. Assim, de acordo com Piaget (1969), cada criança progride através de fases de desenvolvimento, nas quais várias aptidões cognitivas são adquiridas. O autor considerou existir quatro estágios de desenvolvimento: o estágio sensorial - motor, que ocorre desde o nascimento até aos 2 anos, o estágio pré-operacional dos 2 aos 7 anos, o estágio das operações concretas dos 7 aos 11 anos e o estágio das operações lógicas ou abstractas dos 11 aos 16 anos.

O estágio sensorial – motor é caracterizado por experiências sensoriais e actividade motora. Quando as crianças pequenas se vão apercebendo melhor do meio que as rodeia,

começam a fazer a distinção entre elas próprias e as outras pessoas e objectos. O segundo estágio, pré – operacional, envolve mais do que simples contactos físicos. As crianças começam a usar símbolos para as pessoas e objectos que as rodeiam, assimilam rotinas e adquirem novas experiências imitando as acções dos outros. Durante a fase de operações concretas, as crianças desenvolvem novas e mais capacidades de ordenar e classificar objectos. Apesar das operações mentais estarem mais desenvolvidas, as crianças estão normalmente limitadas a resolver problemas com os quais tiveram contacto ou experiência directa. A capacidade de pensar abstracto e raciocinar por hipóteses desenvolve-se normalmente por volta dos 11 ou 12 anos e caracteriza o estágio de operações lógicas ou abstractas.

Inhelder (1963) e Woodward (1963, 1979, cit. in Beirne-Smith, *et al.*, 2002) testaram esta teoria e concluíram que todas as crianças passam por estes estágios, apenas com ligeiras diferenças nas taxas e níveis alcançados, sendo claro, mais elevadas nas crianças normais. A idade a que as crianças com atraso chegam a cada estágio é normalmente mais avançada e aumenta proporcionalmente com a gravidade da deficiência. De acordo com Inhelder (1963), as crianças com ligeiro atraso mental conseguem atingir o estágio das operações concretas.

1.2.4- A Deficiência Mental como défice socialmente definido

Como se tem mencionado, a deficiência mental contém uma dimensão social e, por isso, ao compreendê-la deve-se fazer alusão às variáveis socioculturais, uma vez que estudos mostram variações transculturais no significado e definição da deficiência mental, fortalecendo a ideia de que a definição de deficiência mental se apoia em critérios socioculturais particulares (Barnett, 1986).

A radicalização dos aspectos referidos levou Mercer (1973) a sugerir uma perspectiva de sistema social na definição da deficiência mental. Segundo esta abordagem, a deficiência mental ligeira é um estatuto e um papel desempenhados por um sujeito num ou nalguns sistemas sociais particulares, e não forçosamente em todos. Porém, como esta perspectiva é muito exagerada, reúne maior aceitação uma mais ponderada, cuja identificação da deficiência mental ligeira advém da interacção entre os diversos contextos ecológicos e características individuais.

1.3- PREVALÊNCIA

Os estudos epidemiológicos da deficiência mental mostram que a sua prevalência varia em função da definição adoptada e dos critérios de diagnóstico utilizados, da representatividade da população estudada e da influência de variáveis como a idade, o nível socioeconómico e cultural ou as condições educativas e de saúde (Albuquerque, 2000).

De acordo com Sprovieri e Assumpção (2005), as melhores estimativas com nível intelectual abaixo de 50 realizadas em países desenvolvidos sugerem uma prevalência de cerca de 3 a 4 em 1000 pessoas. Segundo o DSM-IV-TR (2002), a taxa de prevalência da deficiência mental foi estimada aproximadamente em 1%. Porém, segundo a OMS (1989), estima-se que a deficiência mental ligeira ocorre em 2 a 3% das pessoas, mas esses dados só devem ser levados em consideração ao ser observados as características da região estudada e o meio socioeconómico.

A deficiência mental é constatada em todas as raças e culturas e estima-se presente em 3% da população mundial e em 10% da população infantil (Lopez *et al.*, 2005), sendo que a maioria dos sujeitos com deficiência mental vive nos países menos desenvolvidos (Walsh, 2002), têm menos do oitavo ano (12% não têm sequer educação escolar) e quase um terço vive com apenas um dos progenitores (Kim & Ittenbach, 2002).

Quase todos os estudos empregaram o Q.I. como critério de definição e diagnóstico da deficiência mental, excepto Mercer no seu em 1973, onde aplicou uma escala de comportamento adaptativo e avaliou um grupo da amostra com um teste de inteligência. Constatou que a prevalência varia significativamente consoante se utiliza um ou os dois critérios de diagnóstico: com base em apenas num Q.I. inferior a 70, a prevalência da deficiência mental é de 2.14%, enquanto que quando se afixa um Q.I. inferior a 70 com um resultado de comportamento adaptativo, a prevalência diminuiu para 0.97%. Para além disto, averiguou que esta redução se assinalava, sobretudo, nos indivíduos provenientes de minorias étnicas ou dos estratos socioeconómicos mais baixos.

A prevalência de 0.97% indicada por Mercer (1973) é coerente com a estimativa de 1% avançada por Tarjan e colaboradores (1973, cit. in Albuquerque, 2000). Por sua vez, Vasconcelos (2004) afirma que a taxa de prevalência tradicionalmente citada é de 1% da população jovem, contudo, alguns autores relatam taxas de 2 a 3%, havendo ainda estimativas de até 10%.

Granat e Granat (1973, cit. in Albuquerque, 2000) indicam uma prevalência de 2.21% de deficientes mentais ligeiros em jovens suecos com 19 anos, e Rutter, Tizard e Whitmore (1970, cit. in Albuquerque, 2000) falam numa prevalência de 2.53% de deficientes mentais em crianças de 9 e 10 anos. Um estudo longitudinal com conotações epidemiológicas identificou 1.15% de deficientes mentais ligeiros de raça branca, e 4.61% de raça negra (Broman *et al.*, 1987, cit. in Albuquerque, 2000). Baird e Sadovnick (1985, cit. in Albuquerque, 2000), também relativamente à deficiência mental ligeira, apontam para 0.17% em jovens e adultos canadianos dos 15 aos 29 anos de idade e Hagberg e colaboradores (1981a, cit. in Albuquerque, 2000) e Son Blomquist, Gustavson e Holmgren (1981, cit. in Albuquerque, 2000) indicam existir 0.37% e 0.38% nas crianças e jovens suecos dos 8 aos 19 anos; 0.56% em pré-adolescentes finlandeses de 14 anos (Rantkallio & Wendt, 1986, cit. in Albuquerque, 2000); 0.59% em crianças e jovens irlandeses dos 4 aos 19 anos (Frost, 1977, cit. in Albuquerque, 2000) e 0.63% em crianças e pré-adolescentes escoceses dos 7 aos 14 anos (Drillien, Jameson & Wilkinson, 1966, cit. in Albuquerque, 2000).

As percentagens mais recentes, por vezes, têm sido vistas como uma evidência de que a prevalência da deficiência mental ligeira tem-se vindo a atenuar (Clarke & Clarke, 1987, cit. in Albuquerque, 2000; Hagberg & Hagberg, 1985, cit. in Albuquerque, 2000), devido a alterações socioeconómicas, a melhoria dos cuidados médicos na gravidez e na infância, à implementação de programas de intervenção precoce, a critérios de definição mais rigorosos e a uma prática diagnóstica que encara as consequências negativas de denominações estigmatizantes.

Em Portugal, o estudo de Bairrão e colaboradores em 1980 (cit. in Albuquerque, 2000) teve o mérito de considerar a deficiência mental não só como um défice no funcionamento intelectual, mas antes em função da sua relação com critérios e condições polifactoriais de adaptação/inadaptação. Com esta metodologia, o autor apurou, na população observada (concelho de Arruda dos Vinhos), uma taxa de 4.6% de crianças deficientes mentais, e uma conformidade expressiva entre o diagnóstico de deficiência mental e os diversos critérios de inadaptação. Neste sentido, e mais recentemente Gonçalves (2003), através dos Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística, verificou que 11,2% da população é detentora de deficiência mental.

Como a amostra deste estudo é constituída por pessoas com deficiência mental ligeira, deu-se especial atenção a este grau de deficiência em detrimento dos outros. Deste modo, de

seguida abordar-se-á, então, a prevalência em função da idade, do sexo e do nível sócio – económico apenas neste âmbito.

1.3.1- Prevalência da Deficiência Mental Ligeira em função da Idade

A deficiência mental ligeira é normalmente constatada no primeiro ciclo do ensino básico. Até aos 5 anos não é muito detectada, mas a sua prevalência aumenta rapidamente nas idades seguintes, atingindo o seu auge entre os 11 e os 14 anos. Dos 15 anos em diante abranda subitamente para cerca de metade ou um terço dos valores alistados nas idades anteriores (Richardson, Koller, Katz, & Maclaren, 1984). Igualmente Baumeister (1987) refere que estudos mostram que a prevalência da deficiência mental relaciona-se com a idade cronológica, tendo um forte aumento até cerca dos 12 anos e um declínio acentuado por volta dos 15 anos. Este abrandamento do número de deficientes mentais ligeiros após o final da escolaridade pode ser compreendido, de acordo com a perspectiva sociorelativista, como o reflexo das oscilações constantes nas exigências sociais ao longo dos anos (Barnett, 1986; Mercer, 1973). Também nos Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística, Gonçalves (2003) comprovou que em Portugal se verifica uma incidência ligeiramente superior em idades mais jovens tanto nos homens como nas mulheres.

Todavia, alguns investigadores não concordam com esta perspectiva, nomeadamente, McLaren e Bryson (1987) que referem que o que oscila nas diversas fases etárias é a facilidade da sua identificação e não a prevalência da deficiência mental. Nesta linha, variados estudos estão a colocar em causa que os adultos com deficiência mental ligeira se integrem realmente na comunidade e/ou que não sejam reconhecidos como tal. Posto isto, depois dos anos 80, estudos efectuados nos Estados Unidos apontam para um cenário pouco animador e parcialmente discordante da visão positiva produzida nos resultados dos primeiros estudos longitudinais.

Segundo estes estudos, muitos adultos deficientes mentais ligeiros experienciavam o desemprego, baixos salários, trabalho precário, relações sociais restritas, isolamento e uso limitado dos recursos comunitários. Aqueles que, de algum modo, se tornavam excepção neste cenário e alcançavam um estatuto independente ou semi-independente na idade adulta eram os que beneficiavam do apoio e orientação concedido pelas pessoas ou serviços (Edgerton, 1988, cit. in Albuquerque, 2000; Zetlin, 1988, cit. in Albuquerque, 2000).

1.3.2- Prevalência da Deficiência Mental Ligeira em função do sexo

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), o défice mental é mais comum entre os indivíduos de sexo masculino, numa proporção aproximadamente de 5 para 1 (homem/mulher). De igual modo, Barros e colaboradores (1999), Vasconcelos (2004), Beirne-Smith e colaboradores (2002) e Lopez e colaboradores (2005) também referem que nos estudos mais recentes os rapazes apresentam maior prevalência que as raparigas. Porém, Kim e Ittenbach (2002) apresentam um dado diferente, pois referem que a prevalência é de três mulheres para dois homens e em Portugal os Censos de 2001 também mostraram que existe 47,7% de mulheres com deficiência mental contra 41,3% de homens. Em ambos os sexos, igualmente segundo os Censos de 2001, o mais comum é serem solteiros (Gonçalves, 2003).

Segundo Beirne-Smith e colaboradores (2002), os rapazes apresentam maior prevalência na deficiência mental devido às maiores expectativas exigidas e à maior agressividade manifestada, devido aos factores genéticos e ainda porque expõem mais frequentemente dificuldades nas aprendizagens escolares e problemas de comportamento que os tornam facilmente referenciáveis e, por isso, mais passíveis de ser indicados como deficientes mentais. Contrariamente a estes dados, Imre (1967, cit. in Albuquerque, 2000) e Rutter, Tizard e Whitmore (1970, cit. in Albuquerque, 2000) afirmam que existe excepções, pois constataram nos seus estudos que a taxa de deficientes mentais ligeiros não diferia nos dois sexos. Assim, é importante salientar que existem ainda poucos estudos sobre esta questão, desconhecendo-se se a proporção de rapazes e raparigas varia em função da idade cronológica, do nível socioeconómico ou da etiologia da deficiência mental.

Relativamente à deficiência mental ligeira, a generalidade dos estudos epidemiológicos também mostra que é mais prevalente em rapazes do que em raparigas (Bairrão *et al.*, 1980, cit. in Albuquerque, 2000).

1.3.3- Prevalência da Deficiência Mental Ligeira em função do Nível Sócio - Económico

Tendo por base o DSM-IV-TR (2002), a prevalência de deficiência mental devida a factores biológicos conhecidos é idêntica entre indivíduos de classes socioeconómicas

elevadas ou baixas, excepto pelo facto de alguns factores etiológicos estarem ligados ao estatuto socioeconómico mais baixo. Nos casos em que não se pode identificar uma causa biológica particular, as classes de nível socioeconómico mais baixo estão super-representadas e a deficiência mental é geralmente ligeira, apesar de todos os graus de gravidade estarem representados.

A deficiência mental tem uma percentagem elevada nas populações mais pobres, vulneráveis e em minorias étnicas, sendo que as pessoas que têm salários abaixo da linha da pobreza têm três vezes mais probabilidade de sofrer de deficiência mental que as pessoas que não são pobres (Larson, 1994/1995, cit. in Kim & Ittenbach, 2002). Igualmente para Fonseca (1980), a deficiência mental ocorre mais vezes nas classes sociais desfavorecidas do que nas classes favorecidas. Beirne-Smith e colaboradores (2002) referem que os jovens com deficiência mental estão mais sujeitos a viver em famílias mono parentais, a pertencer a famílias de classe social e económica baixas e a viver com poucos rendimentos e, por isso, muitas vezes as crianças mais pobres e com menos educação são mais fáceis de ser etiquetadas com deficiência mental. Rutter, Tizard e Whitmore (1970, cit. in Albuquerque, 2000) também corroboram esta ideia ao afirmarem que há concordância nos estudos epidemiológicos de que a deficiência mental ligeira se centra predominantemente nas classes sociais inferiores, sendo esta indicação confirmada continuamente desde os estudos mais antigos (Drillien, Jameson & Wilkinson, 1966, cit. in Albuquerque, 2000; Imre, 1967, cit. in Albuquerque, 2000; Kushlick & Blunden, 1974, cit. in Albuquerque, 2000; Penrose, 1972, cit. in Albuquerque, 2000; Rutter, Tizard & Whitmore, 1970, cit. in Albuquerque, 2000; Stein & Susser, 1960, cit. in Albuquerque, 2000), até aos mais recentes (Broman *et al.*, 1987, cit. in Albuquerque, 2000; Cooper & Lackus, 1984, cit. in Albuquerque, 2000). Contudo, alguns investigadores (Campbell & Ramey, 1986, cit. in Albuquerque, 2000; Ramey, MacPhee & Yeates, 1982, cit. in Albuquerque, 2000) referem que embora a deficiência mental ligeira seja mais comum nas classes sócio - económicas mais baixas, a maior parte dos sujeitos que pertencente a esses estratos não é deficiente mental, o que mostra o reduzido valor preditivo de variáveis ambientais distais, como a classe social ou o nível. Segundo Ramey e MacPhee (1986, cit. in Albuquerque, 2000), a grandeza desta evidência é tal, que se 75% dos sujeitos com deficiência mental ligeira são de famílias pobres, não mais de 2% a 10% dos sujeitos que vivem em condições de pobreza são passíveis de virem a ser considerados como deficientes mentais. No entanto, Beirne-Smith e colaboradores (2002) têm uma opinião diferente da dos

autores mencionados, pois consideram que a percentagem de deficiência mental é idêntica tanto na classe socioeconómica mais baixa como superior.

Os pais dos deficientes mentais ligeiros são trabalhadores não especializados ou semi-especializados, pouco representados nos meios socioprofissionais mais favorecidos. As percentagens nas categorias socioprofissionais mais baixas são variáveis, mas variam entre 78.4% (Cooper & Lackus, 1984, cit. in Albuquerque, 2000) e 39% (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970, cit. in Albuquerque, 2000), e são muito mais elevadas do que as da população geral nessas categorias. Estes factores têm um forte peso nesta problemática e podem afectar a capacidade de aprendizagem, a forma física e intelectual e o próprio futuro destes jovens (Beirne-Smith *et al.*, 2002).

Estas famílias, pertencentes aos níveis socioprofissionais mais pobres, ostentam também algumas características sócio-demográficas e culturais particulares, quando equiparadas às famílias do mesmo meio social. Assim, têm fratrias mais bastas, nos meios urbanos vivem nas áreas residenciais mais degradadas, a densidade habitacional é elevada e as mães apresentam um baixo nível educacional, de inteligência e escolaridade (Broman *et al.*, 1987; Richardson, 1981, cit. in Albuquerque, 2000). Num funcionamento familiar com défices intelectuais dos pais, desarmonia, alterações na composição do lar e no comportamento parental devido a doença psiquiátrica, alcoolismo e criminalidade é mais evidente a negligência, o abandono, a discórdia conjugal e os comportamentos psicopatológicos parentais.

Em Portugal, no ano de 1965, Montenegro refere que os pais de alunos com atrasos intelectuais executavam ocupações normalmente mal pagas e de honorários instáveis, traduzindo, na maioria, trabalho grosseiramente especializado ou não habilitado, cuja nível intelectual varia entre a 4ª classe e o analfabetismo (Albuquerque, 2000).

Em estudos recentes (Larson *et al.*, 2000, Oswald, Coutinho, Best & Singh, 1999, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002), a percentagem de crianças afro-americanas colocadas no ensino especial é muito elevada em relação à percentagem das mesmas na população escolar em geral. Esta situação pode ser atribuída, em parte, à relativa pobreza em que vivem, embora a complexidade destes assuntos não permita uma visão clara dos reais factores. Contudo, mesmo retirando do contexto estes factores, as crianças afro-americanas continuam a frequentar o ensino especial numa percentagem muito acima da média. Esta panorâmica da deficiência mental expõe nitidamente a relatividade cultural do problema e a dialéctica entre os factores biológicos e hereditários e os factores sociais e envolvimentoais. Importa, no

entanto, também acrescentar que as pessoas com deficiência mental ligeira não têm grande peso representativo numa determinada sociedade ou grupo étnico, segundo Beirne-Smith e colaboradores (2002), e estão distribuídas equitativamente pela sociedade em geral.

Num estudo realizado numa área desfavorecida, Jensen (1977, cit. in Albuquerque, 2000) comprovou a redução gradual do QI com a idade e adiantou que o facto de se restringir às circunstâncias socioeconómicas mais adversas se coadunava com uma interpretação ambiental.

Para Zazzo (1973, cit. in Fonseca, 1980), o nível médio de inteligência aumenta com o estatuto socioeconómico. Por sua vez, Gilly e Vigier consideram que em qualquer estatuto socioeconómico se verifica todos os níveis de inteligência, variando apenas a proporção: encontram-se QI's mais elevados nos altos estatutos e QI's mais baixos nos baixos estatutos sociais.

Campbell e Ramey (1986, cit. in Albuquerque, 2000) e Ramey, Farran e Campbell (1979, cit. in Albuquerque, 2000) verificaram que variáveis como as atitudes educativas maternas, o QI da mãe ou aspectos qualitativos do ambiente familiar eram importantes preditores de resultados inferiores à média em testes de inteligência. Em particular, as características do ambiente familiar divulgavam, ao longo do tempo, um crescente valor preditivo. Os autores concluíram que a estratégia a adoptar no reconhecimento de crianças em risco de deficiência mental ligeira deveria incorporar, ao mesmo tempo, informação referente a influências distais (sociodemográficas) e proximais (ambiente familiar).

Nos Estados Unidos, nos jovens que abdicavam prematuramente a escola e/ou não eram adequadamente preparados para enfrentarem as exigências da idade adulta (Cronin & Patton, 1993, cit. in Albuquerque, 2005), constatou-se que as taxas de desemprego eram muito altas e que os jovens que se inseriam no mercado de trabalho gozavam, de forma geral, de honorários inferiores relativamente ao seu posto de trabalho (Bown-Glover & Wehman, 1996, cit. in Albuquerque, 2005; Edgar & Polloway, 1994, cit. in Albuquerque, 2005; Maughan, Collishaw & Pickles, 1999, cit. in Albuquerque, 2005). Por sua vez, Wehmeyer e Schwartz (1997, cit. in Albuquerque, 2005) afirmam que os jovens que no final da escolaridade exibiam melhores resultados num instrumento de avaliação da autodeterminação eram os que, após um ano, auferiam das taxas de emprego e dos vencimentos mais elevados. No entanto, em Portugal esta situação não se chega a verificar, pois Gonçalves (2003) refere que os Censos de 2001 mostraram que existe uma elevada percentagem de população com deficiência mental sem nível de ensino, apesar de terem frequentado algum nível de ensino.

Neste sentido, a autora constatou que esta população não é economicamente activa, um pouco como já seria de esperar, ostentando uma taxa de desemprego na ordem dos 15, 2%. Considera, por isso, que não é de estranhar que esta população apresente percentagens elevadas na situação de “incapacitado permanentemente para o trabalho” e 6,6% dos indivíduos com deficiência mental tenha o “apoio social” como principal meio de vida e ainda 2,1% de outros subsídios temporários por acidente de trabalho ou doença profissional.

1.4- ETIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA MENTAL

O conhecimento da etiologia da deficiência mental desempenha um papel fundamental, embora, na maioria dos casos, seja ainda desconhecida. A especificação da etiologia da deficiência mental permite aos técnicos não só um diagnóstico mais preciso, mas também uma consciencialização sobre as possíveis causas para o aparecimento da perturbação e, conseqüentemente, determina os meios e técnicas mais adequados a aplicar, objectivando-se a minimização das dificuldades dos sujeitos.

Para o DSM-IV-TR (2002), os factores etiológicos podem ser primariamente biológicos ou psicossociais ou, por vezes, uma combinação de ambos. Considera como principais factores predisponentes a hereditariedade, que inclui erros inatos de metabolismo, as alterações precoces do desenvolvimento embrionário, que abrangem alterações cromossómicas ou lesões pré-natais por toxinas, as influências ambientais, que abarcam a privação de cuidados e de outras estimulações sociais e linguísticas, as perturbações mentais, que compreendem a perturbação autística e outras perturbações globais do desenvolvimento, problemas na gravidez e perinatais, que abrangem a má nutrição fetal, prematuridade, hipoxemia, infecções virais ou de outra natureza e traumatismos e estados físicos gerais adquiridos na primeira infância ou infância, e que incluem infecções, traumas e envenenamento. Igualmente nesta linha de ideias, Rosanoff, Handy e Plesset (1937) também afirmam que metade dos casos de deficiência mental é de origem hereditária e que este factor aumenta com a gravidade da deficiência mental e com a presença de complicações, apesar de considerarem o trauma cerebral no nascimento da maior importância na etiologia da deficiência mental. Nesta continuidade, Kavanagh (1988), apresenta as causas biológicas e as sócio – familiares como as duas principais entidades etiológicas e o baixo peso, a síndrome de Down

e a síndrome fetal alcoólica como os três factores etiológicos mais relevantes da deficiência mental, apesar da desnutrição também ser um factor bastante importante.

Por sua vez, Vasconcelos (2004), Lane e Chamberlain (2002) e Barros e colaboradores (1999) afirmam que as causas da deficiência mental mais indicadas por um maior número de especialistas nesta área são as causas ambientais, as biológicas, as genéticas, as doenças metabólicas e as sócio-afectivas. As causas ambientais constituem uma série de influências nocivas do meio ambiente que podem afectar o desenvolvimento das estruturas cerebrais e, conseqüentemente, originar deficiência mental e/ou outras deficiências. A má nutrição, a intoxicação por chumbo, a síndrome fetal alcoólica e outros factores podem ocorrer com maior frequência entre as populações pobres e as minorias. Também Santos (1997) menciona que nos países em desenvolvimento, a má nutrição, as doenças transmissíveis, a má qualidade dos cuidados perinatais e os acidentes de várias etiologias, incluindo violações, são responsáveis por cerca de 70% da totalidade dos casos de incapacidade, que em muitas situações resulta em incapacidade para o resto da vida, por serem lactentes e crianças os grupos mais afectados pelas causas apontadas. Neste sentido, Beirne-Smith e colaboradores (2002) também referem que nos países sem higiene sanitária e sem acompanhamento médico verifica-se maior índice de deficiência mental.

Lane e Chamberlain (2002) consideram que as causas biológicas englobam dois grandes grupos de acordo com o período em que actuam: as pré-natais, nas quais se destacam as infecções (entre as quais a rubéola, a toxoplasmose, a doença de inclusão citomeólica e a sífilis); os factores tóxicos e medicamentosos (intoxicações pelo óxido de carbono, metais pesados, tabaco, álcool); os factores físicos (irradiações por raio X, radiações atómicas) e os factores nutritivos (a deficiência nutritiva origina uma impossibilidade de certas estruturas chegarem ao termo do seu desenvolvimento em número suficiente). As complicações perinatais, para Costeff et al. (1983, cit. in Broman, 1987) e Hagberg e colaboradores (1981, cit. in Broman *et al.*, 1987) são mesmo a principal causa da deficiência mental ligeira. As pós-natais, que constituem o segundo grande grupo, englobam o traumatismo crânio-encefálico, a anoxia cerebral, as meningites ou encefalites na infância, a hidrocefalia, a intoxicação com metais pesados, o monóxido de carbono e barbitúricos, as convulsões febris, desde que se prolonguem por mais de dez minutos e as dietas pobres em calorias ou desequilibradas (Lane & Chamberlain, 2002).

Também Fonseca (1980) refere que a deficiência mental está associada a complicações de gestação e a acidentes neo-natais e peri-natais mais comuns nas classes pobres. Segundo o

estudo epidemiológico e etiológico de Illsey e Fairweather (1965, cit. in Fonseca, 1980), a deficiência mental depende de condições de desenvolvimento, de condições socioeconómicas, de condições de higiene, de condições patológicas familiares, da condição sócio-cultural da mãe, etc, recaindo, assim, nos factores sociais. Os factores biológicos e sociológicos assumem uma relevante dialéctica, todavia, as aberrações cromossómicas e genéticas contribuem somente com uma pequena percentagem para os casos da deficiência mental, comparadas com outros factores biológicos, sociais e envolvimentoais, antes e após o nascimento.

As causas sócio-afectivas, tendo em conta os autores referidos anteriormente, nos grupos em desvantagem sócio-económica, produzem um aumento de incidência das causas biomédicas e genéticas, destacando-se nestas as anomalias genéticas e as cromossómicas.

As doenças metabólicas, que têm base genética, correspondem ao conceito do erro congénito do metabolismo. Apesar das causas da deficiência mental moderada e grave serem geralmente atribuídas a diversas lesões neurológicas e metabólicas, estudos revelam que a deficiência mental ligeira pode ser parcialmente causada por condições ambientais (Zigler, 1967, cit. in Broman *et al.*, 1987) medíocres, pelo que muitos psicólogos e educadores crêem que a mudança e a melhoria do ambiente social possam evitar a deficiência mental ou, pelo menos, os seus efeitos mais graves, tal como a intervenção precoce poderá igualmente contribuir para a sua prevenção. Estudos indicaram que, com a educação compensatória, poder-se-ia observar aumentos nas taxas de desenvolvimento cognitivo e social.

Bridges e Coler (1971, cit. in Fonseca, 1980) consideram que a ausência de cuidados maternos, as más condições de habitação (espaço rudimentar, ausência de espaço de exploração, de higiene, etc.), o fraco e deficiente envolvimento humano, as relações interfamiliares frustradas, o pouco tempo de interacção mãe-filho, adulto criança, o fraco índice nutricional e arranjos arbitrários dos quartos de dormir e claro, o emprego do pai, o salário familiar e o nível de alfabetização dos pais são factores que afectam o nível de saúde e de inteligência das crianças, repercutindo-se, evidentemente, no nível da deficiência mental, constatando-se, assim, que a variável social está muito relacionada com problemas de deficiência mental.

Rutter, Tizard e Whitmore (1970, cit. in Albuquerque, 2000), e Stein e Susser (1963, cit. in Albuquerque, 2000) verificaram em estudos que os factores biomédicos podem estar associados à deficiência mental ligeira, mas que os socioeconómicos podem ser bem mais importantes, uma vez que nas escolas mais desfavorecidas a percentagem de crianças com

deficiência mental ligeira e sem condições orgânicas mostrou-se quinze vezes superior à das escolas que recebiam crianças de grupos sociais mais favorecidos.

1.5- CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA MENTAL LIGEIRA

Tal como já foi referido, a amostra deste estudo é constituída por pessoas com deficiência mental ligeira, e, por isso, julga-se importante mencionar as características específicas das mesmas. Posto isto, de acordo com alguns autores (Barlow & Durand, 1995, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002; Fraser & Rao, 1991, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002; Lovell & Reiss, 1993, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002), as crianças com deficiência mental têm as mesmas necessidades básicas psicológicas, sociais e emocionais das crianças normais. Devido à sua maior dificuldade de adaptação, por vezes criam hábitos comportamentais que os distinguem claramente das crianças normais, como por exemplo, tendência para ter problemas emocionais e comportamentais.

Apesar de uma grande evolução, muitas das crianças com ligeiro atraso mental só são diagnosticadas correctamente na altura em que entram para a escola. Frequentemente, problemas como o mau comportamento ou dificuldades de aprendizagem são o primeiro sinal de preocupação (Beirne-Smith *et al.*, 2002).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), não existem características específicas de personalidade e comportamentais somente relacionadas com a deficiência mental. Alguns indivíduos são passivos, calmos, dependentes, outros podem ser agressivos e impulsivos e vulneráveis à exploração pelos outros (e.g. abusos sexuais e físicos) ou à negação dos seus direitos e oportunidades.

Tendo por base o DSM-IV-TR (2002), o diagnóstico de deficiência mental obriga a que o começo da perturbação se inicie antes dos 18 anos. A idade e a forma de aparecimento dependem da etiologia e gravidade da deficiência mental. A evolução da deficiência mental é influenciada pela evolução do estado físico geral subjacente e por factores ambientais. Se um estado físico geral subjacente for imóvel, a evolução será presumivelmente mais inconstante e dependente dos factores ambientais. A deficiência mental não é forçosamente uma perturbação que subsista toda a vida. Os indivíduos cuja deficiência mental ligeira se revelou

cedo na vida pelos insucessos nas capacidades de aprendizagem escolar, com treino adequado e oportunidades apropriadas, podem desenvolver boas competências adaptativas noutros domínios e podem, a partir de um certo momento, deixar de manifestar o grau de deficiência exigido para o diagnóstico de deficiência mental e assumir o seu lugar na sociedade (Dykens, 2006).

Para Vasconcelos (2004) e Barros e colaboradores (1999), a deficiência mental ligeira é mais comum que a deficiência mental moderada ou grave e também de acordo com Sprovieri e Assumpção (2005), os deficientes mentais ligeiros são o grupo mais amplo, com cerca de 2 a 3% das crianças em idade escolar. A sua adaptação social é muito influenciada por factores económicos, históricos e sociais, também dependendo dos processos de treinamento e de adequação. Neste sentido, Lopez (2005) afirma que o diagnóstico precoce tem especial relevância e, por isso, diversas medidas de intervenção podem melhorar as capacidades cognitivas e adaptativas. Tal situação verifica-se nas pessoas com deficiência mental que vivem nos meios urbanos, as quais se identificam com mais facilidade que nos meios rurais, porque também têm também mais centros de apoio (Beirne-Smith *et al.*, 2002). O seu padrão de pensamento permanece, em princípio, no nível das operações concretas, segundo o modelo piagetiano, o que nos permite imaginar a sua conduta como basicamente dependente das análises realizadas sobre experiências e factos concretos, tornando incapaz, portanto, de projectar a sua própria experiência no tempo e no espaço.

Segundo Machado (2008), existem níveis muito diferentes de independência e desempenho nestes indivíduos, resultado das suas distintas características pessoais e das características dos ambientes em que cresceram (Verdugo & Bermejo, 2001, cit. in Machado, 2008). De acordo com o DSM-IV-TR (2002), Félix (2004) e Barros e colaboradores (1999), o grupo de deficiência mental ligeira (equivalente à categoria pedagógica de “educável”) abrange cerca de 85% destes indivíduos. As pessoas com deficiência mental ligeira desenvolvem tipicamente competências sociais e de comunicação durante os anos pré-escolares (dos 0 aos 5 anos de idade), têm deficiências mínimas nas áreas sensorimotoras e, muitas vezes, não se distinguem das crianças normais até idades posteriores. Durante os últimos anos da adolescência podem adquirir conhecimentos académicos ao nível do 9º ano de escolaridade (Lopez *et al.*, 2005 & Barros *et al.*, 1999). Durante a vida adulta poderão adquirir competências sociais e vocacionais adequadas a uma autonomia mínima, mas podem necessitar de apoio, orientação e assistência quando estão sob stress social ou económico fora do habitual. Com apoios adequados os sujeitos com deficiência mental ligeira podem viver

normalmente na comunidade, quer de modo independente quer em lares protegidos (DSM-IV-TR, 2002; Félix, 2004; Barros *et al.*, 1999). Segundo Félix (2004), estes indivíduos apresentam instabilidade emocional e dificuldades na vinculação interpessoal, compreendem as suas potencialidades sexuais e os papéis masculinos e femininos, masturbam-se com objectivos concretos e intencionais e utilizam o corpo como fonte de prazer. Para além disso, têm dificuldades em reconhecer as convenções sociais, conseguem atingir a orientação sexual, eleger parceiros com os mesmos interesses e assumir a maternidade/paternidade, apresentam capacidade para iniciar e manter relações amorosas e utilizar métodos contraceptivos.

Jovens com ligeiro atraso mental demonstram dificuldades em receber críticas, em resolver conflitos, em seguir ordens a até em iniciar uma conversa (Epstein *et al.*, 1989, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002; Gresham & MacMillan, 1997, Margalit, 1993, cit. in Albuquerque, 2005). Algumas áreas específicas do problema incluem tendência para a rotura, falta de atenção, baixa auto-estima, hiperactividade, dificuldade de concentração e outros problemas relacionados com a atenção e dificuldade em resolver problemas cognitivos interpessoais. Indivíduos que têm necessidades de apoio mínimas apresentam muitas vezes dificuldade em manter relações interpessoais: dificuldade em desenvolver amizades próximas, o que justifica serem mais vezes rejeitados do que aceites pelos seus semelhantes (Polloway *et al.*, 1986, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002; Gresham & MacMillan, 1997, Margalit, 1993, cit. in Albuquerque, 2005). Esta frequência de rejeição está associada ao grau de comportamentos impróprios que demonstram.

As limitações no comportamento adaptativo manifestam-se a vários níveis, tais como as aptidões académicas, a gestão do dinheiro, a independência pessoal, as competências profissionais ou a linguagem oral (Maughan, Collishaw & Pickles, 1999, cit. in Albuquerque, 2005; Zetlin, 1988, cit. in Albuquerque, 2005).

No domínio cognitivo, e de acordo com o modelo desenvolvimentista, a deficiência mental ligeira distingue-se pelos fenómenos de lentidão e fixação, ou seja, o desenvolvimento efectua-se a um ritmo mais lento, têm mais dificuldades em adquirir conhecimentos ou abrangem mesmo um nível cognitivo que se assenta abaixo do dos não deficientes (Kail, 1992, cit. in Beirne-Smith *et al.*, 2002; Weisz, 1990, cit. in Albuquerque, 2005). Por seu lado, segundo o modelo deficitário, os deficientes mentais ligeiros revelam limitações cognitivas específicas que ultrapassam as meras diferenças no ritmo e no nível final de desenvolvimento. Por isso, podem manifestar défices ao nível da atenção selectiva (Melnik & Das, 1992, cit. in Albuquerque, 2005), dificuldades no conhecimento procedimental, mostrando passividade

perante a aprendizagem e não recorrendo às estratégias que os outros sujeitos utilizam (Bebko & Luhaorg, 1998, cit. in Albuquerque, 2005), défices ao nível dos processos de controlo/regulação do pensamento (Das & Naglieri, 2000, cit. in Albuquerque, 2005) e evidentes dificuldades na generalização dos seus conhecimentos para além das situações originais de ensino-aprendizagem (Bebko & Luhaorg, 1998, cit. in Albuquerque, 2005).

No plano emocional, aproximadamente 25% dos jovens com deficiência mental ligeira pode exibir problemas de comportamento (Albuquerque, 2000) e alguns apresentam uma significativa desordem psíquica, o que origina um diagnóstico duplo (Beirne-Smith *et al.*, 2002). Por sua vez, a nível motivacional evidencia-se a dependência dos outros para a resolução de situações novas ou ambíguas, o apelo ao feedback externo para a avaliação da pertinência e da eficácia das suas respostas, as fracas expectativas de êxito, a primazia por gratificações tangíveis e extrínsecas em relação às gratificações intrínsecas e a auto-estima reduzida (Weisz, 1990, cit. in Albuquerque, 2005).

Blacher, Nihira e Meyers (1987, cit. in Albuquerque, 2000) ao compararem famílias de crianças com deficiência mental educável, treinável e severa, verificaram que é efectivamente no último caso que a influência da criança na atmosfera do lar, nas relações interpessoais e na vida quotidiana é mais marcada. Nihira, Meyers e Mink (1980, cit. in Albuquerque, 2000) e Minnes (1986, cit. in Albuquerque, 2000) também indicaram que as crianças com deficiência mental ligeira provocam um menor número de alterações na rotina familiar ou de restrições de oportunidades do que as moderadas. Por seu turno, e segundo Wishart, Bidder e Gray (1981, cit. in Albuquerque, 2000), as consequências de uma criança com deficiência no funcionamento emocional parental são visíveis quando a criança apresentava um quociente de desenvolvimento inferior a 65 ou síndrome de Down, mas não quando o seu quociente de desenvolvimento é superior a 65. Num grupo muito mais heterogéneo de crianças em termos diagnósticos (deficiência mental, paralisia cerebral, deficiência visual, etc.), originário de estratos socioeconómicos desfavorecidos, Eheart e Ciccone (1982, cit. in Albuquerque, 2000) notaram igualmente que as necessidades maternas criadas ou intensificadas pela deficiência eram mais evidentes nos casos severos e profundos do que nos ligeiros ou moderados.

Em contraste com os resultados que se acabou de referir, Weller e colaboradores (1974, cit. in Albuquerque, 2000) e Willner e Crane (1979, cit. in Albuquerque, 2000) sugeriram que, nalgumas circunstâncias, se poderá registar uma relação inversamente proporcional entre o grau de deficiência mental e o *stress* parental, dado que a realidade de

uma deficiência mental ligeira será mais fácil de negar, mas mais difícil de aceitar. Contudo, esta sugestão paradoxal e pouco elaborada nunca usufruiria de qualquer corroboração.

Mais recentemente, diversos autores têm vindo a enfatizar a eventualidade de reacções familiares idiossincráticas a uma deficiência ligeira, bem como que a variável gravidade da deficiência poderá ser fonte de diferenças qualitativas, mais do que de diferenças quantitativas (Fewell & Gelb, 1983, cit. in Albuquerque, 2000; Seligman & Darling, 1989, cit. in Albuquerque, 2000; Turnbull & Turnbull, 1990, cit. in Albuquerque, 2000). Estes autores relembram que, de uma forma geral, o desenvolvimento de um deficiente mental ligeiro até à idade escolar não comporta senão pequenos atrasos facilmente racionalizáveis, não se registam estigmas físicos, o processo de reconhecimento da existência de um problema é muito gradual, o diagnóstico ocorre tardiamente e as dificuldades mais notórias reportam-se às aprendizagens escolares. Daí que, quando os pais fossem confrontados com a identificação de uma deficiência mental ligeira ou, mais provavelmente, de dificuldades de aprendizagem, por vezes de etiologia indeterminada, se defrontassem com uma condição de natureza vaga e amorfa, e de estatuto marginal, desencadeadora de incertezas e, conseqüentemente, de *stress*.

Nihira, Meyers e Mink (1980, cit. in Albuquerque, 2000) tiveram ocasião de verificar que a avaliação parental do impacto familiar de crianças com deficiência mental educável estava directamente relacionada com comportamentos inadequados e com a reduzida competência adaptativa das crianças. Em contrapartida, os pais afirmam enfrentar sem dificuldades a deficiência do seu filho(a), sempre que o seu comportamento é considerado como não problemático.

Por fim, e salvo uma ou outra excepção (Friedrich, 1979, cit. in Albuquerque, 2000; Farber, 1959, cit. in Albuquerque, 2000), nem o sexo, nem a idade do deficiente mental têm revelado exercer uma influência significativa no funcionamento materno (Beckman, 1983, cit. in Albuquerque, 2000; Beckman, 1991, cit. in Albuquerque, 2000; Bradshaw & Lawton, 1978, cit. in Albuquerque, 2000; Cameron & Orr, 1989, cit. in Albuquerque, 2000; Cummings, Bayley & Rie, 1966, cit. in Albuquerque, 2000; Dunlap & Hollinsworth, 1977, cit. in Albuquerque, 2000) e paterno (Beckman, 1991, cit. in Albuquerque, 2000).

Em síntese, procurou-se destacar, ao longo deste ponto, o essencial da deficiência mental, sobretudo sobre a deficiência mental ligeira, visto que a amostra deste estudo é constituída por sujeitos diagnosticados com este grau de deficiência. Deste modo, os pontos

apresentados parecem assumir um papel preponderante para uma melhor compreensão relativamente ao capítulo seguinte que aborda a relação familiar, nomeadamente a relação entre pais e filhos com deficiência mental.

CAPÍTULO II - FAMÍLIA E DEFICIÊNCIA MENTAL

2.1- DEFINIÇÃO DE FAMÍLIA

A família é o primeiro agente de socialização. É através da socialização que o sujeito obtém grande parte das normas sociais, que orientarão o seu comportamento pela vida. É ainda através da família que se constituem as primeiras relações com os outros membros da sociedade (Mourão, 1995). Este ambiente relacional é considerado pelos actuais modelos transaccionais de desenvolvimento, juntamente com o sistema biológico, como o seu mais importante sistema regulador (Canavarro, 1999). Por sua vez, estes primeiros contactos ocorrem sem dificuldade, pois acontecem entre sujeitos do mesmo grupo social e, portanto, sujeitos a semelhantes padrões culturais (Mourão, 1995).

A família não é uma célula indestrutível, mas um espaço emocional onde cada um procura crescer e individualizar-se. Em crise reage à mudança tornando mais inflexíveis as suas regras de funcionamento, o que quase sempre leva também a uma rigidificação do comportamento daqueles que ambicionam a inovação. É então que muitas vezes cada geração tenta impor os seus pontos de vista, sem conseguir negociar, ou seja, ouvir cada um e encontrar uma solução conjunta. Para a resolução desta crise, é necessário coesão familiar, mas não é menos necessário o espaço individual dos elementos (Sampaio, 1994).

A família entendida como grupo sócio – afectivo é encarada como instituição prioritariamente responsável por favorecer, inibir ou alterar o crescimento e o desenvolvimento das crianças (Machado & Morgado, 1992). Por sua vez, Minuchin (1981) define a estrutura familiar como um conjunto invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os membros da família interagem uns com os outros. Partindo destas interacções, formam-se regras que vão padronizar as condutas no seio da família. A família é, ainda, um sistema e uma alteração num dos elementos que leva forçosamente a repercussões para todos os membros da família.

Cox e Paley (1997; 2003) destacam a importância de adoptar uma perspectiva sistémica da família que encare a família como um todo organizado com propriedades específicas, com uma determinada estrutura hierárquica e com uma capacidade adaptativa de auto-organização. De acordo com a perspectiva sistémica, os vários membros são interdependentes e exercem entre si influências mútuas. Nesta linha de ideias, o sistema

familiar é constituído por variados subsistemas (parental, conjugal e fraternal), integra-se dentro de sistemas mais alargados (família alargada, comunidade) e as interações sucedem-se dentro e entre os diferentes níveis.

A partir destes princípios surge a relação entre pais e filhos e a forma como esta relação afecta o desenvolvimento da criança, dependendo também de outros factores que se situam fora do subsistema parental. Alguns estudos constataram que o conflito conjugal afecta a relação entre pais e filhos. Outros revelaram como a relação entre pais e filhos se relaciona com qualidade da relação entre irmãos e ainda outros evidenciaram que o modo como os diversos membros interagem com os contextos extra-familiares (apoio social, stress económico) e o contexto cultural mais alargado onde a família se integra influi a relação entre pais e filhos (Cox & Paley, 1997).

As características da personalidade dos pais, tal como a relação conjugal, profissional e social, as características da criança, a história de desenvolvimento dos mesmos, nomeadamente a forma como foram educados e as suas experiências durante a infância e os seus recursos psicológicos são, segundo o modelo de Belsky (1984, 1993), uma importante fonte de influência sobre o comportamento parental, pelo efeito directo que exerce ao nível da personalidade. Neste sentido, alguns estudos referem que os pais que abusam dos filhos possuem grandes probabilidades de também terem sido abusados na infância. Os pais designados como seguros-autónomos ostentam um comportamento parental mais positivo do que pais denominados de desligados ou preocupados-emaranhados (Belsky & Jafee, 2006).

Vários estudos revistos por Belsky e Jafee (2006) salientaram que níveis baixos de neuroticismo e níveis elevados de extroversão, amabilidade, abertura à experiência e conscientização estão associados a um comportamento parental constituído por um maior apoio, sensibilidade, responsividade e estimulação intelectual.

Tal como já foi referido anteriormente, a criança, por ser um agente activo do seu desenvolvimento, influencia o comportamento parental. E corroborando esta ideia, os estudos revistos por Belsky e Jafee (2006) mostram que crianças com um temperamento mais difícil e com características emocionais negativas fomentam comportamentos parentais representados por uma maior hostilidade ou baixo envolvimento.

Porém, Belsky e Jafee (2006) alegam que a literatura empírica sobre os resultados do temperamento no comportamento parental não é inteiramente consistente, verificando-se em alguns estudos resultados opostos aos relatados anteriormente e mesmo outros que não observam associações significativas. Segundo os autores, estas incoerências podem ocorrer

devido aos resultados do temperamento no comportamento parental poderem variar em função de outros factores que igualmente afectam o comportamento parental. O sexo da criança, as características dos pais (sentido de eficácia, presença de psicopatologia e características de personalidade) e o contexto social mais alargado constituem-se, aqui, como algumas variáveis moderadoras.

O suporte social e as fontes de *stress* constituem outra fonte de influência do comportamento parental e, para Belsky (1984) referem-se, concretamente, à importância de três tipos de suporte – apoio emocional, ajuda instrumental e fornecimento de expectativas sociais sobre o que é o comportamento aceitável – e a três fontes de apoio – a relação conjugal, a rede de suporte mais alargada e o contexto laboral.

De todos os sistemas de apoio mencionados, Belsky (1984) salientou o papel da relação entre o casal enquanto fonte essencial de apoio na parentalidade, conferindo-lhe por isso, um maior potencial para exercer efeitos positivos ou negativos na parentalidade. Esta hipótese foi posteriormente confirmada pelos estudos (Belsky & Fearon, 2004) que afirmaram que níveis elevados de funcionamento na relação conjugal estão associados a um desempenho mais competente das funções parentais.

Para alguns autores (Gable, Belsky & Crnic, 1992; Belsky & Jafee, 2006), as interacções hostis e as manifestações de agressividade entre pais estão associadas a problemas de funcionamento adaptativo da infância à adolescência. Esta associação acontece, por um lado, devido alguns resultados relacionados com o efeito adverso da exposição das crianças ao conflito. Por outro lado, a relação entre os pais afecta indirectamente a criança, através do seu impacto no comportamento parental, sendo mais visível no comportamento parental dos pais comparativamente ao das mães (Belsky & Fearon, 2004; Gable *et al.*, 1992; Cummings *et al.*, 2000; Shek, 2000).

Estudos indicam que as relações conjugais mais harmoniosas estão associadas a um comportamento parental mais sensível e a relações mais afectuosas entre pais e filhos (Gable *et al.*, 1992) e que uma maior discórdia e conflito entre pais está associada a menor afecto e maior rejeição, a um desajustado controlo comportamental e a um maior controlo psicológico (Belsky & Jafee, 2006).

Consideram-se diversos mecanismos e perspectivas para justificar as associações entre a relação entre os pais e entre a relação com os filhos, o facto das emoções negativas vivenciadas na relação conjugal “infectarem” a relação entre pais e filhos levando a

comportamentos parentais negativos onde se abrangem comportamentos de hostilidade, mas também comportamentos de evitamento e afastamento.

Um outro processo explicativo relaciona-se com o facto do progenitor ser menos capaz de realizar correctamente as funções parentais face a uma importante fonte de *stress*, a hostilidade entre pais, ou pelo contrário, a capacidade do progenitor para o desempenho das suas funções parentais ser promovida por uma relação conjugal constituída por altos níveis de apoio afectivo e instrumental. Todavia, Belsky e Jafee (2006) pensam que a associação entre a qualidade da relação conjugal e o comportamento parental também pode ser explicada pelo “factor comum”, neste caso, pelas características temperamentais dos pais que se apresentam associadas a ambas as variáveis.

2.2- CONTRIBUTOS DA TEORIA DE VINCULAÇÃO NA COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES PAIS – FILHOS

O comportamento de vinculação é mais evidente na infância mas é possível observá-lo ao longo do ciclo de vida, particularmente em situações adversas (Bretherton, 1985). Bowlby (1982) expressou-o claramente ao afirmar que as relações de vinculação acompanham o indivíduo *from cradle to grave*, isto é, do berço à sepultura.

A teoria de vinculação surgiu nos anos 30 por Bowlby, com o objectivo de dar conta dos efeitos da privação da mãe no desenvolvimento da personalidade. Para além disso, enfatiza o papel do comportamento parental, sobretudo no domínio da aceitação e do afecto parental e na constituição da vinculação. Assim, a vinculação emerge como um mecanismo mediador fulcral nas relações afectivas entre pais e filhos e o ajustamento sócio-emocional.

A vinculação, para Bowlby (1982), é um sistema que organiza e orienta os comportamentos ou actividades para alcançar determinados objectivos estabelecidos, que tiveram valor de sobrevivência e uma função adaptativa em termos da evolução. O objectivo da vinculação é manter a proximidade da figura cuidadora, para além da função de garantir a segurança e a protecção dos riscos da predação, dilatando a probabilidade de sobrevivência.

A vinculação corresponde, também, ao modo pelo qual o sistema comportamental de vinculação se torna organizado relativamente a uma determinada figura; a vinculação da criança a uma figura indica que a mesma está decididamente determinada a procurar a

proximidade e a manter o contacto com essa figura, sendo que a disposição de se comportar dessa forma é um atributo do sujeito vinculado, um atributo persistente e que não é lesado pela situação do momento. Quando estabelecido, tende a ser durável no tempo e no espaço. Apesar das crianças se tornarem vinculadas às pessoas que zelam por elas, a qualidade da vinculação na criança, em relação a cada uma das suas figuras, varia na segurança e no conforto vivenciado a partir dessas relações e, assim, na possibilidade dessas figuras operarem para a criança como um apoio forte a partir da qual se explora o meio (Bowlby, 1982).

Para Bowlby (1982), o sistema de vinculação permite a manutenção da proximidade e a obtenção de segurança, provocando a exploração. É a função de protecção do sistema de vinculação que torna praticável a promoção da aprendizagem e o contacto com o ambiente, uma vez que é uma função do sistema de exploração. Este sistema possibilita a extracção da informação do meio, é activado por estímulos que têm determinadas características, como a inovação e/ou a complexidade, e é desactivado por estímulos que têm outras características, como a familiaridade.

Para complementar o sistema de vinculação, Bowlby (1982) incluiu o comportamento de prestação de cuidados parentais. Tanto o sistema de vinculação como o comportamento de prestação de cuidados parentais têm o mesmo resultado previsível, a manutenção da proximidade, e a mesma função biológica, a protecção da criança. O comportamento parental coopera para a sobrevivência dos seus descendentes, sendo de salientar a sua base biológica e a importância da aprendizagem e das experiências das figuras parentais na sua organização.

Na infância, os comportamentos de vinculação caracterizam-se pela busca de proximidade, sinais de bem-estar e segurança com a presença da figura de vinculação e protesto de separação, face à ameaça ou separação da figura de vinculação, visto que a criança exterioriza mal-estar e tenta a reaproximação (Weiss, 1982). Nesta ordem de ideias, a vinculação é uma construção organizacional e os comportamentos de vinculação ajudam a manter o sistema de vinculação (West & Sheldon-Keller, 1994).

Os sistemas comportamentais da vinculação podem ser organizados de forma distinta para o pai e para a mãe, tal como para os rapazes e raparigas adolescentes. A influência vital do afecto é um aspecto comum do envolvimento emocional positivo entre cada um dos pais e o jovem, tal como a aceitação, a compreensão e a capacidade de apoio de cada um dos pais. Nas raparigas, a qualidade da vinculação à figura materna pode estar mais relacionada com o bem-estar do que a vinculação paterna, apesar de não existir conhecimento até que ponto uma relação segura pode "reduzir" a influência de uma relação insegura com a mãe. Mais, devido à

maior significância da relação de vinculação materna para as raparigas e importância idêntica para os rapazes na relação de vinculação materna e paterna, é igualmente possível que uma vinculação segura paterna, não obstante uma vinculação insegura materna, possa estar relacionada com um pior ajustamento nas raparigas do que nos rapazes. Pelo papel paterno parecer diferir ligeiramente do papel materno, a qualidade da vinculação paterna pode prever melhor algumas dimensões do desenvolvimento psicológico entre os rapazes, como, por exemplo, a competência; similarmente, nas raparigas a qualidade da vinculação materna pode prever melhor auto-avaliação dos sentimentos positivos sobre a auto-revelação e da expressão de sentimentos (Bowlby, 1982).

Esta relação entre a qualidade da interação mãe - bebé e a vinculação é influenciada por variados factores associados tanto à mãe como à relação com a sua própria mãe, assim como relacionadas com a própria criança, como por exemplo o seu temperamento (Sameroff, Seifer & Schiller, 1996, cit. in Castro & Piccinini, 2002) e a sua própria doença crónica (Minde, 1999, cit. in Castro, 2002). Quando o bebé não corresponde às expectativas da mãe devido a uma doença e esta fica muito frustrada, de tal forma que não consegue responder às necessidades do filho, o desenvolvimento do vínculo entre eles pode ficar comprometido (Martini, 2000, cit. in Castro & Piccinini, 2002). Quando isto ocorre, as representações da mãe sobre o seu bebé são lesadas, dificultando a sua avaliação do que sucede no presente e a sua imaginação quanto ao futuro da criança (Stern, 1997, cit. in Castro & Piccinini, 2002).

As mães das crianças seguras apresentam uma disponibilidade consistente e uma resposta sensível aos seus filhos, mas as mães de crianças evitantes ignoram os pedidos dos filhos para conforto e proporcionam pouco contacto corporal próximo, podendo ocorrer interações intrusivas quando o fazem. As mães de crianças ambivalentes têm tendência a ser inconscientes, visto que por vezes desligam-se dos filhos e outras vezes são intrusivas. Por último, as mães de crianças desorganizadas apresentam-se, normalmente, deprimidas ou perturbadas emocionalmente. Visto isto, de acordo com a teoria da vinculação, a variação no comportamento parental sensitivo e respondente contribui para as diferenças encontradas em termos da segurança da ligação pais-filhos. Adicionalmente, apesar de De Wolff e Van Ijzendoorn (1997) terem salientado o papel do comportamento da mãe no desenvolvimento da segurança na vinculação, também referem que este não é o único imprescindível. Neste sentido, Edelstein, Alexander, Shaver, Schaaf, Quas, Lovas e Goodman (2004) sugerem que a mediação da vinculação do adulto (progenitor) poderá ser muito útil no domínio das relações pais-criança.

De acordo com Bowlby (1982), na adolescência, os pais continuam a ser uma base segura, diferente de na infância, mas de forma representacional, continuando a ser fulcral a confiança do adolescente na acessibilidade e responsividade dos pais. Similarmente, Maccoby & Masters, (1970) referem que a manutenção de laços próximos com os pais ao longo da adolescência aparece associada a demonstrações de auto-confiança e independência. Weiss (1982) também afirma que na adolescência os indivíduos continuam a procurar apoio parental, mas ao mesmo tempo também procuram autonomizar-se e libertar-se da sua vigilância. Segundo o autor, os pais passariam a funcionar como figuras de vinculação “na reserva”, mas continuariam a desempenhar um papel importante no desenvolvimento dos filhos.

Soares (1996) considera que a qualidade da comunicação familiar poderá estar relacionada com a possibilidade da relação pais-filhos evoluir no sentido de reflectir um equilíbrio entre a expressão da autonomia e a expressão de ligação. Por conseguinte, o sucesso com que o adolescente negocia os seus objectivos na relação pais-filhos, parece influenciar a relação com os pares, na medida em que o modelo representacional da figura de vinculação constitui uma força significativa no sentido da comunidade da organização das vinculações do adolescente (Kobak & Sceery, 1988). Por outro lado, se a qualidade das relações com os pares parece estar relacionada com a qualidade da representação dos modelos das figuras de vinculação, também pode acontecer que as novas relações extrafamiliares venham a constituir um contexto facilitador para a mudança desses modelos mais precoces (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Esta mudança nos modelos representacionais, durante o desenvolvimento adolescente poderá ter uma influência significativa na segurança da vinculação que se estabelece na idade adulta (Soares, 1996).

A partir de uma medida recentemente desenvolvida sobre a auto-avaliação da vinculação aos pais e aos amigos Greenberg, Siegel e Leitch (1983) verificaram existir uma relação estreita entre a qualidade da relação de vinculação do adolescente aos pais e aos amigos e a auto-estima e a satisfação do adolescente com a vida em geral.

Os adolescentes com estratégias seguras de vinculação estarão em vantagem quando negociam com os pais os conflitos relacionados com a sua autonomia porque poderão aceder a sentimentos negativos associados aos desentendimentos com os progenitores, sendo capazes de avaliar a sua posição (Kobak *et al.*, 1988), uma vez que a autonomia é a tarefa desenvolvimental mais importante da adolescência (Mead, 1970, cit. in Fleming, 1993). Neste sentido, a maior ou menor autonomia na adolescência está associada a dimensões do

comportamento parental. Estas dimensões são relativamente independentes e reflectem o essencial do comportamento parental: a dimensão do afecto – amor *vs.* hostilidade – e a dimensão das práticas educativas – autonomia *vs.* controlo. Alguns autores têm afirmado que a autonomia é maior se o suporte afectivo dado pelos pais for grande (Fleming, 1993). Assim, a revisão de estudos efectuada por Adams, Dyk e Bennion (1990) leva-os a concluir que há necessidade de um equilíbrio entre manifestações de carinho e aceitação e a definição de regras e limites claros que promova o crescimento do adolescente em direcção à maturidade psicológica e à autonomia (Fleming, 1993).

Na adolescência, a vinculação segura com os pais é crucial para o bem-estar durante a adolescência e no estado adulto, pois favorece um elevado ajustamento, sendo que as figuras parentais não são compreendidas do mesmo modo pelos filhos raparigas e rapazes, o que poderá levar a presumir que qualidades divergentes da relação pais – filhos podem influir o bem-estar psicológico, dependendo da díade familiar abrangida (Bowlby, 1982).

Sagi, Van Ijzendoorn & Scharf (1997, cit. in Castro & Piccinini, 2002) salientam que crianças com vinculação forte tendem a ser confiantes, enquanto que as crianças com vinculação inconsistente tendem a ser mais ansiosas e desorganizadas. Simpson (1990, cit. in Bradford & Lyddon, 1994) também salienta que pessoas com padrão seguro de vinculação tendem a desenvolver relações caracterizadas por níveis mais elevados de confiança, interdependência, compromisso e satisfação e apresentam auto-conceitos mais elevados que os indivíduos classificados como evitantes-receosos ou preocupados (Bartholomew & Horowitz, 1991).

As necessidades de vinculação do adulto são a tentativa de recuperar o contacto íntimo e privilegiado com a mãe, de que desfrutara enquanto criança. Gradualmente, as suas concepções vão sofrendo modificações até aceitar que a relação precoce com a mãe/figura significativa constituiria uma forma protípica de vinculação, tendo a necessidade de estabelecimento de vinculação indeterminação objectal (Canavarro, 1999).

Do mesmo modo que diferentes caminhos são seguidos em função de diferentes estratégias de vinculação, também as relações íntimas na idade adulta funcionam para proteger o indivíduo e propiciar a oportunidade para ser tão auto-confiante quanto possível, em cada momento do desenvolvimento (Marvin & Britner, 1999).

A importância que tem, depois da primeira infância, a relação de vinculação para a segurança e bem-estar do indivíduo é, pois uma ideia base da teoria da vinculação. Contudo, “a maneira como essa relação é mantida ou estabelecida sofre considerável mudança em

função das sucessivas conquistas desenvolvimentais (Soares, 1996). Na verdade, existem algumas diferenças entre a vinculação no adulto e na criança: enquanto a vinculação na criança é essencialmente complementar, nos adultos há uma reciprocidade, pois eles simultaneamente procuram e garantem segurança (Cicchetti & Toth, 1995). No entanto, apesar das relações na idade adulta serem preponderadamente recíprocas, podem incluir padrões intermitentes de complementaridade (Hinde & Stevenson-Hinde, 1986). Esta complementaridade, contudo, não acontece sempre na mesma direção.

Também West e Sheldon-Keller (1994) referem o conceito de vinculação recíproca do adulto, descrevendo-o como relações diádicas, nas quais a proximidade a uma figura, considerada especial e preferida a outras, é mantida com o objectivo de sensação de segurança. Na mesma linha de ideias, Bradford e Lyddon (1994) referem que a vinculação no adulto é uma tendência estável para manter a proximidade e o contacto com uma ou algumas figuras específicas, percebidas como fontes potenciais de segurança física e/ou psicológica. Para além disso, as diferenças também se verificam no que concerne às figuras de vinculação. Na vida adulta essas figuras deixam de se resumir aos pais, passando a englobar os pares, com os quais o indivíduo procura manter a segurança do mesmo modo que fazia com os pais (Cicchetti & Toth, 1995). Assim, Weiss (1982) propõe, esquematicamente, três características da vinculação do adulto que a diferenciam da vinculação durante a infância: 1) são tipicamente estabelecidas entre pares e não entre quem recebe cuidados (criança) e quem os oferece (pais); 2) não se destacam tanto dos outros sistemas comportamentais, dada a menor responsabilidade implicada; e, 3) incluem, frequentemente, relações de natureza sexual.

Mas nem tudo são diferenças. Uma semelhança encontra-se ao nível das três formas de expressão da vinculação propostas por Bowlby (1984): pelo sentimento de segurança proporcionado pela figura de vinculação, pela procura de situações stressantes e, pela perturbação na separação e pela satisfação na reunião com a figura de vinculação.

Soares (1996) refere a evidência encontrada por Weiss em 1975 para esses critérios de vinculação em vários tipos de relações estabelecidas na vida adulta. Entre essas relações encontramos o relacionamento conjugal e situações de elevado *stress*.

Tendo sido um dos primeiros autores a interessar-se especificamente pela vinculação dos adultos, Weiss (1991) postula a vinculação do adulto enquanto um desenvolvimento da vinculação durante a infância. Assim, o autor apresenta os seguintes argumentos para a sua tese:

- 1) Similaridade de características emocionais. Independentemente da figura de vinculação em questão, quer na infância quer na idade adulta, mantêm-se as propriedades das relações em termos de sentimentos associados à activação dos comportamentos de vinculação, propriedades motivacionais para dirigir a atenção e presença de protesto na separação.
- 2) Generalização da experiência. Elementos emocionais ligados à vinculação durante a infância são expressos nas relações de vinculação na idade adulta, especialmente, a falta de confiança na disponibilidade da figura de vinculação.
- 3) Ligação temporal. A formação de relações de vinculação com os pares na idade adulta evidencia-se com a diminuição dos progenitores como figuras primárias de vinculação.

Salientar ainda que o funcionamento da vinculação tende a ser menos evidente na idade adulta do que na infância. A esse respeito, considerar o facto de serem menos frequentes na vida adulta as situações que activam o sistema de vinculação. E, mesmo quando ocorrem, normalmente há uma maior tolerância, ou seja, o adulto tende a ser mais tolerante à separação do que a criança, “tanto mais se o sujeito representar mentalmente essa situação como gratificante para si e para o outro” (Soares, 1996).

Na literatura, a vinculação do adulto aparece conceptualizada de três formas diferentes (Berman & Sperling, 1994): 1) vinculação como um *estado* que emerge na impossibilidade da disponibilidade da figura de vinculação; 2) vinculação como um *traço* ou tendência para formar tipos de relações de vinculação similares e; 3) vinculação como um *processo interactivo* no contexto de um relacionamento específico.

Nas investigações mais recentes a vinculação do adulto é comumente abordada, constatando diferenças individuais estáveis expressas em “padrões”, “estilos”, “tipos” ou “perfis” de vinculação, o que remete para a abordagem da vinculação como *traço*. Os padrões de vinculação dizem respeito a *working-models* específicos que determinam o comportamento dos indivíduos em resposta à separação e reunião das figuras de vinculação. São vistos como consistentes ao longo do tempo, relativamente persistentes de relação para relação e, para a maioria dos autores, as suas origens encontram-se nas primeiras experiências de vinculação (Canavarro, 1999).

Estudos empíricos realizados em duas amostras independentes (Hazan & Shaver, 1987, 1990) revelaram que os adultos se classificam como seguros, evitantes e ansiosos/ambivalentes, numa proporção, respectivamente de 56%, 24% e 20% na amostra 1 e

56%, 23% e 20% na amostra 2, sendo o tipo de vinculação independente do sexo do inquirido.

Skolnick (1987, cit. in Canavarro, 1999), no estudo em que pretendeu estudar as relações entre padrões de vinculação estabelecidas na infância e posterior estabelecimento de relações durante o resto da infância, adolescência e idade adulta verificou que os padrões de vinculação segura na primeira infância estão positivamente associados a relações com pares durante fases posteriores da infância, nas raparigas e com a sociabilidade dos homens na idade adulta. As relações com os pares durante a infância são bons preditores das relações estabelecidas com pares, durante a adolescência e por sua vez, estas surgem como bons preditores das variáveis estudadas na idade adulta. As ligações entre o passado e presente aumentam com a proximidade entre as fases do ciclo de vida, isto é, a infância prediz a adolescência e a adolescência prediz a idade adulta.

A teoria de vinculação colaborou para a compreensão da importância das relações afectivas elementares no desenvolvimento e ajustamento do sujeito ao longo da vida, através de mecanismos e processos particulares (Rutter, 1995). A vinculação é a consequência das relações de vinculação na infância, mas também é consequência do contexto relacional actual.

O desenvolvimento das relações afectivas ao longo do ciclo de vida é feito, simultaneamente de estabilidade e de mudança. Os resultados das relações afectivas precoces entre pais – filhos e da qualidade da vinculação na saúde mental ao longo da vida e, especificamente na infância, explicam-se pela sua acção, enquanto factores de risco ou de protecção (Greenberg, 1999; Soares, 2000; Stroufe, 2002; Weinfield *et al.*, 1999).

Hartrup (1986) aponta as relações afectivas como o contexto no qual ocorre grande parte da socialização, valorizando aspectos como a aquisição de aptidões de comunicação, regulação de emoções e a construção do auto-conceito. As relações afectivas são também, segundo o autor, as bases que permitiram à criança funcionar de forma autónoma em contextos progressivamente mais alargados, aumentando o seu sentido de auto-eficácia. Por último, as relações afectivas vividas e observadas durante a infância constituirão modelos para a construção das relações afectivas futuras (Canavarro, 1999).

A perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento e o desenvolvimento mais recente da teoria da vinculação consideram que as vivências afectivas com os pais constituem um factor relevante, mas não o único precedente da psicopatologia e do funcionamento adaptativo do sujeito ao longo do tempo. Assim, a qualidade da vinculação não é condição essencial ou satisfatória para explicar os problemas emocionais e comportamentais, devendo

antes ser vista como um factor de risco ou de protecção para o desenvolvimento (in)adaptativo posterior. A investigação empírica corrobora este pressuposto, uma vez que apesar de ter sido encontradas diversas associações entre vinculação insegura na infância e psicopatologia posterior (Greenberg, 1999), as associações encontradas são de extensão moderada (Rutter, 1995).

A vinculação pode não ser importante para todos os domínios e concretizações na vida de uma criança. As predições que provêm da teoria da vinculação têm maior aplicação nas relações que abarcam algum tipo de laço afectivo. Assim, a teoria da vinculação assume um papel mais central na explicação de determinados domínios comportamentais, sobretudo os relacionados com o desenvolvimento de um sentido de eficácia e auto-valia, tal como com a capacidade para a intimidade relacional e para procurar, receber ou fornecer cuidados (Rutter, 1995; Thompson, 1999).

Posto isto, tanto a vinculação aos progenitores, como a relação nestes em si mesma desempenha um importante papel no processo de desenvolvimento da criança (Nash, 1988). Neste sentido, quer os pais como modelos, como os seus comportamentos relativamente à criança, no que diz respeito a práticas educativas, são importantes dimensões a considerar quando se procura compreender o papel desempenhado no desenvolvimento dos filhos.

2.3- ESTILOS PARENTAIS

As relações pais – filhos tendem a assinalar o começo da construção das relações afectivas e a variabilidade das suas características prende-se com as especificidades dos comportamentos parentais, ou seja, com as suas práticas educativas (Canavarro, 1999).

Darling e Steinberg (1993) fazem uma importante distinção em noções essenciais do comportamento parental, nomeadamente entre estilos parentais educativos e práticas educativas parentais. O estilo refere-se a um padrão de comportamento parental que se expõe num clima emocional criado pelo conjunto de atitudes dos pais, o qual abarca as práticas parentais e também reúne outros aspectos da interacção pais-filhos, tais como a voz, a linguagem corporal e a mudança de humor. Podem, ainda, ser entendidos a partir das práticas parentais, dirigidas a determinados objectivos, e também de outros aspectos do comportamento parental que transmitem determinada atitude afectiva, mas não se dirigem a objectivos específicos de socialização. Neste sentido, o estilo parental transmite à criança a

atitude dos pais em relação a ela e não em relação ao seu comportamento. As práticas parentais referem-se a um conjunto de comportamentos e estratégias parentais que visam alcançar objectivos específicos no que toca às competências dos filhos nos diversos domínios, situações e contextos das suas vidas, assim como à prestação de cuidados em geral (Darling & Steiberg, 1993). Para além disso, “são também manifestações dos pais para com os filhos e que caracterizam a natureza da interacção entre estes” (Alvarenga, 2001, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003, p. 73), tendo em conta que os efeitos da criança nos pais poderão ser conceptualizados como evidência dos efeitos dos pais na criança; tal significa, que a influência que as crianças têm no comportamento parental actual pode ser indirecta, isto é, mediada pelo efeito da criança nos recursos psicológicos dos pais (Pereira, 2003). Especificamente, os estilos parentais são vistos como variáveis do contexto familiar, que afectam a eficácia de práticas educativas mais específicas.

Neste sentido, Relvas (1996) refere que alguns estudos interessantes em relação aos efeitos dos estilos educativos dos pais em diferentes culturas e subculturas (em função de diferenças étnicas e de classe social) mostram que onde há maior discussão e maior partilha na tomada de decisões constata-se a existência, por parte dos filhos, de maior inconformismo, sentimento de independência e liberdade, maior auto-estima e a predominância de um *locus de controlo interno*.

Os padrões familiares de recíproca hostilidade e menor supervisão fomentam o afastamento do jovem, que progressivamente se aproxima dos pares desviantes e se torna gradualmente menos envolvido nas tarefas académicas. O jovem passa mais tempo sem supervisão e menos tempo a interagir com os pais. Mais tarde, a relação entre pais e filhos passa a ser quase unicamente caracterizada por permissividade e rejeição. Pelo contrário, o comportamento parental afectuoso e de suporte é identificado por vários autores como uma dimensão primária dos estilos parentais educativos.

Baumrind (1996, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003) começou a tratar os comportamentos dos pais sob três protótipos de controlo: controlo autoritário, controle permissivo e controle apoiante com autoridade.

Em estudos, os pais de crianças maduras eram controladores e exigentes, mas ao mesmo tempo, afectuosos, racionais e receptivos à comunicação. O padrão apoiante com autoridade caracteriza-se por um elevado controlo e encorajamento de autonomia e são os que mais a favorecem. Elder (cit. in Fleming, 1993) concluiu que a autonomia é mais típica nos adolescentes cujos pais são simultaneamente permissivos ou democráticos e dão

frequentemente explicações como forma de legitimação do seu poder. Os adolescentes que raramente recebem explicações encontram-se menos aptos a exibir comportamentos autónomos. Os jovens mais autónomos representam os pais como preocupados e orientadores, mas não como severos. Por conseguinte, Douvan e Adelson (1966, cit. in Fleming, 1993) consideram que a maioria dos adolescentes tentam conseguir a autonomia gradualmente e apropriadamente e numa relação de respeito e consideração pelos pais. No entanto, a autonomia parece ser mais influenciada pela socialização dos papéis sexuais do que pelo nível de poder parental (Enright *et al.*, cit. in Fleming, 1993). Segundo Murphey *et al.* (cit. in Fleming, 1993), os pais de jovens com resultados mais elevados, tanto em autonomia como em proximidade, têm como principais características não serem completamente centrados no filho, as mães terem carreiras profissionais satisfatórias, os pais e as mães possuírem grande clareza na área dos valores e modelos, dando muito valor à autonomia e comportando-se de forma congruente com estes valores. Inversamente, os pais do adolescente com baixa autonomia e proximidade reflectem dificuldades em comunicar e reconhecer as necessidades e interesses dos seus filhos. Neste sentido, adolescentes dinamarqueses, provenientes de famílias predominantemente democráticas, em contraste com as famílias americanas que, comparativamente, Murphey e colaboradores (cit. in Fleming, 1993) dizem ter um estilo mais autoritário, apresentam *scores* mais elevados de autonomia. Contudo, o tipo de afecto, a qualidade de aceitação entre pais e filhos aparece claramente neste estudo como a variável crucial, comum aos dois tipos de estilos parentais. Em ambas as famílias, os autores concluem que o sentimento no adolescente de ter alcançado autonomia está associado com interacções positivas com os pais, uma vez que se associa a relações próximas e calorosas entre estes, numa atmosfera de aceitação da influência parental.

De acordo com Hakim-Larson e Hobart (1987, cit. in Fleming, 1993), à medida que as filhas adolescentes conseguem ganhos na capacidade de realização da autonomia, ocorre um balanceamento maior na comunicação da díade mãe-filha, mas que, apesar do ganho em certas dimensões de autonomia emocional face aos pais, as adolescentes continuam a ser influenciadas pelo controlo regulador das suas mães mesmo na adolescência final. Ao contrário destas, apesar dos padrões de interacção familiar no início puberal serem mais rígidos, à medida que o rapaz se aproxima do estatuto do adulto, tornam-se progressivamente mais flexíveis (Steinberg, 1991, cit. in Fleming, 1993). Os resultados indicam, segundo o autor, que as transformações nas relações entre pais e filho púbere estão ligadas às mudanças ocorridas na sua aparência física. Partindo ainda dos resultados anteriormente mencionados,

Rohner e Pettengill (1985, cit. in Fleming, 1993) também verificaram, no seu estudo sobre a relação entre a percepção da aceitação-rejeição e o controlo parental em adolescentes coreanos, que as raparigas percebem a figura paterna como lhes permitindo ligeiramente menos autonomia que aos rapazes. Todavia, Ausubel e colaboradores (1954, cit. in Fleming, 1993) consideram que as raparigas percebem-se como mais aceites e intrinsecamente mais valorizadas pelos pais o que, em sua opinião, tem a ver com o facto de as raparigas conseguirem o seu estatuto na base de relações de dependência pessoal com outros, que as aceitam e valorizam, independentemente das suas competências (o que não acontece com os rapazes). Posto isto, refira-se que também o facto de os adolescentes viverem em famílias intactas ou separadas influencia as suas percepções. No estudo de Fleming (1993), a autora constatou que os rapazes desejam mais a autonomia e são mais autónomos do que as raparigas, apoiando a evidência empírica que se tem mostrado serem os adolescentes do sexo masculino mais autónomos do que as raparigas, e para a qual se encontra uma explicação cultural: a socialização nas sociedades ocidentais tende a fomentar a actividade e a independência nos rapazes e a passividade e a dependência nas raparigas. Para além disso, constataram que as percepções das atitudes parentais produzem efeito sobre o processo de autonomia adolescente, já que, por si só, explicam 19.3% da variabilidade da capacidade de realização da autonomia nos rapazes e 12.4% nas raparigas. Verificou, igualmente, que é a percepção de autonomia dada pelos pais a que mais impacto tem sobre a autonomia comportamental conseguida quer desde o início ao término da adolescência quer nos rapazes e raparigas, colocando esta dimensão do *parenting* como a dimensão fulcral para o desenvolvimento da autonomia comportamental e, imediatamente a seguir, com igual peso, as percepções ligadas à dimensão do afecto: as percepções de amor e de hostilidade, demonstrando, assim, com estes resultados, a importância do vínculo afectivo para a compreensão da autonomia. A autora ainda afirma que níveis moderados de controlo por parte dos pais, pressupondo a existência de regras e de limites ao comportamento dos filhos, bem como uma percepção muito elevada de controlo na adolescência inicial, não se traduzem numa menor capacidade de ser autónomo. Assim, é de admitir que, quanto mais os pais são percebidos pelos adolescentes como figuras promovendo a autonomia, mais funcionem como modelos identificatórios válidos, e sejam eles próprios adultos autónomos, valorizando e reconhecendo nos filhos a necessidade de se autonomizarem. O encorajamento da autonomia, por parte dos pais, proporciona e estimula os movimentos exploratórios, a experimentação, o confronto com situações de frustrações ou de insucesso, estimulando

também a gratificação e satisfação conseguida pela realização de tarefas sem ajuda parental, com o reforço consequente da auto-estima do adolescente.

Relativamente às crianças, os pais apoiantes com autoridade tentam direccionar as actividades de forma racional e orientada, incentivam o diálogo e exercem um controlo forte nos pontos de divergência, colocando a sua perspectiva de adulto e admitem que a criança tem interesses próprios e atitudes próprias (Baumrind, 1967). As crianças disfóricas ou desafiadas tinham pais mais controladores, que usavam menos métodos de controlo racional e eram mais desligados e menos afectuosos com as crianças. A este segundo padrão, Baumrind (1967) nomeou-o de autoritário e afirmou que os pais autoritários modelam, controlam e avaliam o comportamento da criança de acordo com regras de conduta estabelecidas e geralmente absolutas; são a favor de medidas punitivas para lidar com aspectos da criança que entram em conflito com o que julgam ser correcto. Os pais de crianças imaturodependente, apresentavam menores índices de controlo, exigiam pouca maturidade aos filhos e eram relativamente afectuosos. Comparativamente, mais do que os pais do grupo autoritário e menos do que os pais do grupo apoiante com autoridade, este padrão de pais foi denominado de padrão permissivo, que se caracterizam por tentar comportar de forma não-punitiva e receptiva face aos desejos e acções da criança, apresentam-se aos filhos como um recurso para a realização dos seus desejos e não como um modelo, nem como um agente responsável por moldar ou direccionar o seu comportamento.

Os estilos parentais qualificados por padrão permissivo parecem estar associados a resultados mais negativos para os rapazes, revelando-se pouco dirigidos para o êxito e para objectivos, mais hostis com os pares e resistentes relativamente aos adultos, especialmente quando equiparados com os filhos de pais apoiantes com autoridade. Os filhos de pais classificados com este padrão, também apresentam desempenhos escolares inferiores, problemas de comportamento e são menos independentes. No entanto, apresentam boas habilidades sociais, boa auto-estima e baixo índice de depressão (Darling, 1999, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003; Reichert & Wagner, 2007). A tipologia de controlo parental de Baumrind foi reformulada por Maccoby e Martin (1983, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003, Reichert & Wagner, 2007), que subdividiram o estilo permissivo em indulgente e negligente. Assim, os três primeiros estilos converteram-se em quatro e estes passaram a ser definidos por dimensões de exigência e responsividade. A exigência reporta-se ao quanto os pais controlam o comportamento dos filhos, aplicando regras e exigindo a sua execução. A responsividade refere-se ao quanto os pais são afectuosos e responsivos,

aceitando a responsabilidade de responderem, dentro do possível, aos pontos de vista e razoáveis exigências dos filhos.

Um estilo parental negligente não pode ser confundido com a negligência abusiva. Esta é encarada como uma violência contra a criança e refere-se a prejuízo ou risco como resultado de comportamentos desajustados de nutrição, vestuário, higiene e supervisão (Roig & Ochotorena, 1993, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). O estilo parental negligente, por sua vez, refere-se aos pais que não se envolvem com os seus papéis de pais e, a longo prazo, os componentes do papel parental tendem a diminuir cada vez mais, e por vezes a desaparecer, até permanecer uma mínima relação funcional entre pais e filhos (Maccoby & Martin, 1983, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003; Reichert & Wagner, 2007).

Os pais autoritários são exigentes, mas não são responsivos, ao contrário dos pais indulgentes que são responsivos, mas não são exigentes. Por sua vez, os pais apoiantes com autoridade são tão exigentes como responsivos e os pais negligentes não são exigentes nem responsivos.

Os pais incluídos no padrão apoiante com autoridade, embora não fomentem o autoritarismo, esperam que as crianças participem nas tarefas domésticas e que obtenham um bom desempenho escolar, sendo menos passivos e controlando mais do que os pais permissivos. Os resultados do padrão apoiante com autoridade mostram que os rapazes são mais orientados para o êxito e independentes do que os filhos de pais permissivos, ao contrário das raparigas.

O estilo parental autoritário mostra que as filhas dos pais autoritários parecem afáveis, mas mais submissas, sem propósitos e não orientadas para o êxito. Os rapazes apresentam níveis de funcionamento idênticos aos filhos de pais permissivos, mas são mais dirigidos para o êxito e mais independentes. Os filhos de pais autoritários têm bom rendimento escolar, mas são pressionados para corresponder às expectativas dos pais na educação e na escolha profissional (Kerka, 2000, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003; Reichert & Wagner, 2007). Os filhos de mães autoritárias apresentam comportamentos de externalização, como a agressão verbal ou física, destruição de objectos, mentira e de internalização, como a retracção social, depressão e ansiedade (Oliveira *et al.*, 2002, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). Noutros estudos, os filhos de pais autoritários foram descritos como apresentando tendência para um desempenho escolar moderado, sem problemas de comportamento, mas com pouca habilidade social, baixa auto-estima, alto índice de depressão

(Darling, 1999, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003), baixa auto-confiança e dependentes ou revoltados (Douvan & Adelson, 1966, cit. in Fleming, 1993). Os sujeitos cujos pais são exigentes e simultaneamente rejeitantes, frios e repressivos são, na adolescência e na idade de jovens adultos, indivíduos não-autónomos e ansiosos procurando permanentemente a aprovação dos outros. Estes adolescentes vindos de famílias deste estilo parental têm tendência para pensar que têm pouco ou nenhum controlo sobre aquilo que lhes acontecia (Allaman *et al.*, cit. in Fleming, 1993). Neste estilo, a transmissão para os filhos é marcada, ou seja, as filhas educadas por mães autoritárias tendem a adoptar este mesmo estilo parental com seus próprios filhos (Oliveira *et al.*, 2002, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003).

Os filhos dos pais pertencentes ao padrão apoiante com autoridade são os mais competentes de todos os grupos: têm apresentado sempre aspectos positivos, como a assertividade, maturidade, responsabilidade social, conduta independente e empreendedora (Baumrind, 1971, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003; Baumrind & Black, 1967, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003), capacidade para escolher uma profissão por si mesmos (Kerka, 2000, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003; Reichert & Wagner, 2007), alto índice de competência psicológica e baixo índice de disfunção comportamental e psicológica (Lamborn *et al.*, 1991, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003) e os rapazes são vistos como amigáveis, cooperativos, afáveis e orientados para o êxito, apesar de menos dominantes e independentes como seria desejável. Além disso, filhos de mães apoiante com autoridade são mais propícios a ter em conta a perspectiva dos outros e a compreender as suas ideias (Knight, 2000, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). Resumindo, filhos de pais apoiante com autoridade são vistos como social e instrumentalmente mais competentes do que os filhos de pais não apoiante com autoridade (Darling & Steinberg, 1993). Por sua vez, as raparigas são vistas como dominantes, orientadas para a concretização de objectivos e para o êxito e, apesar de afáveis, não são particularmente obedientes.

Os resultados mais negativos constata-se com os filhos de pais negligentes, porque apresentam menor desempenho em todos os domínios, visto terem dificuldade em desenvolver o autoconhecimento e em distinguir os seus próprios objectivos profissionais dos objectivos dos pais (Kerka, 2000, cit. in Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003). Para além disto, possuem baixo rendimento escolar, baixa auto-estima (Darling, 1999, cit. in Weber,

Brandenburg & Vierzler, 2003), podem apresentar um atraso no desenvolvimento e problemas afectivos e comportamentais (Quintin, 2001, cit. in Weber, Brandenburg & Vierzler, 2003).

Na pesquisa de Lamborn e colaboradores (1991, cit. in Weber, Brandenburg & Vierzler, 2003), os adolescentes cujos pais são apoiante com autoridade estão associados a aspectos positivos, enquanto que os que têm pais negligentes estão associados a aspectos negativos. Os adolescentes que têm pais autoritários ou indulgentes estão associados a traços tanto positivos quanto negativos, ou seja, estão numa faixa intermediária. As crianças que têm pais mais exigentes e mais responsivos são as mais optimistas.

Estes resultados confirmam a relação encontrada entre crianças mais optimistas e pais apoiante com autoridade. De acordo com Weber, Brandenburg e Vierzler (2003), o facto dos pais apoiante com autoridade estarem numa posição de controlo das regras e ao mesmo tempo numa posição de compreensão e envolvimento, possibilitando um relacionamento bidireccional pode justificar estes resultados, visto que estas duas posições caminham juntas, ou seja, conseguem equilibrar controlo e envolvimento e, por isso, representam o estilo ideal de educação. Quando os pais fazem exigências e compreendem o lado dos filhos, ensinam da melhor forma quais são as regras e limites para se alcançar êxito, explicando os motivos. Esta combinação da responsividade com a exigência dos pais só pode ser favorável ao optimismo da criança, pois aprende que tem capacidade para lidar sozinha com sucessos e frustrações, que pode fazer novas tentativas e alcançar melhores resultados. Por outras palavras, quanto mais responsivos e mais exigentes são os pais, menos passivos são os filhos.

Tendo por base Weber, Brandenburg e Vierzler (2003), este resultado parece apontar de que modo a negligência dos pais prejudica o desenvolvimento dos filhos, pois estes tendem a ser mais passivos com as derrotas e desistem mais rapidamente de novas oportunidades. Por outro lado, os filhos de pais apoiante com autoridade tendem a ser menos passivos, recuperam das derrotas mais facilmente, crêem em novas possibilidades de alcançar o que querem e, talvez por isso, apresentem maior autonomia. A posição sincrónica do estabelecimento claro de regras, de compreensão e a participação dos pais apoiante com autoridade leva a que os filhos cresçam com maior autonomia, permitindo que consigam algumas conquistas com os seus próprios esforços num movimento de auto-afirmação. Esta questão da autonomia pode estar ligada à maior facilidade em fazer opções.

Figueiredo (1985) acrescenta que no seu estudo sobre conflito de gerações verificou que há uma tendência constante e progressiva com a idade, no sentido da valorização da autonomia, desobediência e desidealização dos pais. Segundo Relvas (1996), a idealização do

adolescente por si próprio é tão necessária quanto o foi a que fez em relação aos pais, para que adquira confiança nas próprias capacidades que assim serão testadas e sujeitas à prova da experimentação. Posto isto, tal como em relação às restantes áreas de facilitação de construção da autonomia, é importante que os pais tomem consciência do valor positivo e insubstituível do grupo no desenvolvimento do adolescente, para assim melhor regularem a sua autoridade nesse domínio.

Tendo por base Weber, Brandenburg e Viezzer (2003), todas estas pesquisas evidenciam que o estudo dos estilos parentais pode ser proveitoso para o melhor desenvolvimento dos indivíduos, visto que podem influenciar e/ou contribuir para o desenvolvimento do auto-conceito nas mesmas. No seu estudo, os autores comprovaram a existência da relação significativa entre o grau de optimismo e os estilos parentais, sendo que o estilo parental apoiante com autoridade apresentou as maiores médias de optimismo e o estilo negligente, as menores. Assim, parece que uma educação equilibrada em casa (pais apoiante com autoridade) pode formar pessoas melhores e com melhor capacidade de resolução de problemas (de forma optimista), podendo-se reflectir numa melhoria da dimensão social.

2.4- FAMÍLIA E PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL

O nascimento de uma criança é sempre um momento de mudança que requer dos pais uma grande e exigente adaptação a novas responsabilidades, a novos horários e actividades surgindo, geralmente, situações de tensão, ansiedade, medo, insegurança, entre outras. Segundo Trute e Hauch (1998), quando uma criança com incapacidade nasce, os factores de *stress* são maiores e as exigências de *coping* tornam-se mais pronunciadas para o sistema familiar, pois influencia e é influenciada pela dinâmica interna e pelas estruturas sociais exteriores à família.

Os pais destes jovens são pessoas com vivências diferenciadas, imbuídas, muitas vezes, de dor, perdas, ameaças e sofrimento, mas também, de sonhos e esperança. Neste ponto, é importante salientar que a individualidade de cada pai, transcende qualquer teoria do factual e, por isso, as suas emoções, sentimentos, valores, motivações e interesses são únicos e incomparáveis. Da mesma forma que não existem pais iguais, também não existem duas

famílias iguais, contudo, é possível encontrar-se dimensões de dinâmicas familiares que são inerentes à história de vida de todas as famílias (Ackerman, 1986).

O conhecimento do diagnóstico da criança incapacitada é um potencial *trauma* para o sistema relacional (Blacher, 1984; Burden & Thomas, 1986, cit. in Pianta, Marvin, Britner & Borowitz, 1996). Os pais associam este conhecimento a uma experiência de *perda* ou *trauma* e têm reacções similares aos indivíduos que experimentam a perda de alguém por morte, sendo frequente emoções de choque, recusa e desorganização emocional, aparecendo o medo, a culpa, a desilusão e, mais tarde, alguma adaptação e aceitação (Bowlby, 1980; Waisbren, 1980; Blacher, 1984; Burden & Thomas, 1986; cit. in Pianta *et al.*, 1996).

O impacto de uma doença que altera o ritmo de desenvolvimento do indivíduo é visto como luto por vários autores (Walsh & McGoldrick, 1988, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005; Carter & McGoldrick, 1991, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005). Os pais desejam uma “criança perfeita”, saudável, vigorosa, inteligente e cheia de energia, o suficiente para efectivar os seus sonhos por eles não realizados. Quando uma criança nasce com alguma inabilidade, esses sonhos e fantasias podem morrer de forma dolorosa.

Knobel (1992, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) afirma que os pais destas crianças necessitam realizar o luto pela perda ou pelo desejado filho perfeito e, simultaneamente, deverão realizar um processo de adaptação que se assume fundamental para o futuro de todo o sistema familiar. O diagnóstico de um filho com um transtorno de desenvolvimento é visto como um momento de crise e luto, uma vez que ocorre um desequilíbrio entre a quantidade de ajustamento necessária e os recursos imediatamente disponíveis para lidar com o problema. O impacto da doença do filho sobre os pais provoca uma demanda sistémica de ordem emocional e relacional na família além daquela de que esta pode dar conta, sem que seja preciso recorrer a ajuda externa. Assim, o desequilíbrio deste e de outros momentos no ciclo vital da família vem da necessidade de continuar desempenhando os diversos papéis, com a sobrecarga do problema da criança gerando reacções dos demais elementos da família, agravada pela própria sintomatologia do sentimento de perda individual e familiar. As características de uma criança com deficiência causam mais impacto negativo que positivo nos seus pais e familiares, influenciando a educação e as relações interpessoais. Paralelamente, os padrões de relacionamento interpessoal e social destas famílias é disfuncional e frequentemente contribuem para a redução na competência no cuidado à criança (Cummings *et al.*, 1976, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005).

Pensa-se que uma criança com deficiência mental afecta o relacionamento conjugal e todo o sistema familiar. Por conseguinte, embora seja encontrada alguma evidência que sugira que as famílias com crianças incapacitadas tenham um menor ajustamento conjugal, menor comunicação positiva e elevada reciprocidade negativa, alguns investigadores descobriram que os casamentos destas famílias eram similares aos das famílias sem crianças com deficiência mental (Trute & Hauch 1988).

Costigan, Floyd, Harter e McClintock (1997) corroboraram esta ideia ao referir que os pais de crianças com deficiência mental, comparativamente com o grupo de controlo, criticam-se menos, percebem menos problemas familiares e referem possuir maior união familiar (resultante da presença da criança com deficiência mental). Outros autores referem que são famílias com uma maior coesão e proximidade entre o casal, são relativamente saudáveis e bem organizadas (Young & Roopnarine, 1994, cit. in Stoneman, 1997).

A probabilidade que os pais sofram uma *crise* é maior imediatamente após a detecção ou no começo da deficiência e nos acontecimentos de vida mais importantes. Por conseguinte, a tristeza crónica (Olshansky, 1962, 1966, cit. in Stoneman, 1997) fica latente surgindo, em períodos marcantes, como a escolaridade, entrada na puberdade, envelhecimento, entre outros.

Stoneman (1997) utilizou o clássico modelo de dor de Kubler-Ross para explicar os diferentes estágios inerentes à reacção de dor pelos quais as famílias passam, aquando do diagnóstico de incapacidade da criança. Este modelo tem como objectivo explicar a adaptação familiar, descrevendo cinco fases de dor: o choque, a recusa, a tristeza e a cólera, a adaptação e a reorganização.

Outros investigadores estudaram a *duração da dor - crónica* ou *limitada* no tempo. Wikler e colaboradores (1981, cit. in Stoneman, 1997) e Hatfield (1981, cit. in Stoneman, 1997) descobriram que os pais de crianças com deficiência mental referiam uma oscilação emocional, embora não ascendente ao longo do tempo. Damrosch e Perry (1989, cit. in Stoneman, 1997) referiram que a maioria dos pais descreveram um ajustamento regular ao longo do desenvolvimento da criança, enquanto a maioria das mães percepcionavam um ajustamento mais irregular.

O problema da *culpabilidade*, muitas vezes sentida por estes pais tem sido objecto de alguma contradição, assistindo-se a frequentes confusões entre os processos de responsabilidade e de culpabilidade. A responsabilidade supõe o determinismo da *pessoa*, enquanto a culpabilidade requer o da *norma*. Estes pais procuram encontrar uma justificação para a desgraça que lhes aconteceu, considerando que se não obtiveram a satisfação esperada,

é porque são culpados. Nas famílias em que um dos membros apresenta deficiência mental foi encontrada, ao longo do seu ciclo vital, uma auto-culpa materna numa catástrofe familiar (Quentel, 1997).

Segundo Keltner e Ramey (1992), a *heterogeneidade* dos factores envolvidos na deficiência mental e características das famílias, ilustram uma diversidade considerável, que dificulta a compreensão de como estas famílias são afectadas. Geralmente, são famílias muito fechadas e pouco promotoras de contactos sociais. Evitam grupos pequenos, nos quais a criança possa sobressair mais, contactando, por vezes, com famílias portadoras do mesmo problema.

Encontra-se diferentes tipos de famílias (nível social, económico, cultural), com diversos padrões de reacção e de adaptação, que mudam ao longo do tempo e perante diferentes situações.

Segundo Costigan e colaboradores (1997), a família aprende a lidar com as necessidades da criança com deficiência mental da mesma forma que o faz, com qualquer outra criança. De acordo com Piveteau (1997), a relação da família com a sua criança deficiente, é vivida subjectivamente sobre dois modos complementares e contraditórios - a *identificação* e a *diferença*. Por um lado, a *identificação* à criança, assistindo-se a uma unidade por parte dos membros do grupo familiar. Por outro lado, a *diferença*, na medida em que toda a família encontra-se, habitualmente, envolvida numa conquista de uma vida normal, apesar da deficiência da criança.

A *identidade familiar* é marcada, mas também muitas vezes enriquecida, pela presença da criança deficiente, vivendo a família, potencialmente, um todo solidário. De certa forma, toda ela é "deficiente" devendo viver a sua deficiência. Esta identificação pode ter aspectos positivos, visto que pode conduzir a uma forte coesão entre os membros e a um profundo envolvimento afectivo, o que implicará um trabalho psicológico de aceitação de algo duradouro nas suas vidas. No pólo oposto, surge a *diferença*, a distância, que não consiste na rejeição da criança deficiente por parte da família, mas sim na necessidade que a família tem em prosseguir com os seus objectivos (Piveteau, 1997).

O *equilíbrio psicológico da família* centra-se na harmonia destes dois pólos, aparentemente opostos. São famílias que vivem o paradoxo de serem simultaneamente, totalmente assimiladas, mas também exteriores à criança. A tensão entre a identificação e a diferença que encontramos nos membros de todas as famílias normais é, nestas famílias, vivido de uma forma exacerbada (Piveteau, 1997).

A criança com deficiência mental afecta os diferentes componentes do sistema familiar, incluindo o casamento, o relacionamento entre irmãos e as interacções entre os pais e os irmãos. Por outro lado, a adaptação positiva da família à criança com deficiência mental, parece estar fortemente relacionada com o funcionamento do sistema parental e com o suporte social (Trute & Hauch, 1988).

A adaptação positiva destas famílias não está directamente afectada pelo grau de deficiência, mas por um conjunto de indicadores, como o relacionamento conjugal positivo, estado emocional da mãe, famílias constituídas pelos dois pais, o número reduzido de irmãos (Trute & Hauch, 1988), o diagnóstico e informação clara sobre a deficiência, a capacidade para um contacto positivo e a resposta a outros membros da família (Beavers, Hampson, Hulgus & Beavers, 1986) como factores que promovem a adaptação familiar, apesar de Bateson (1986, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005), Minuchin (1982, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005), Pakman (1988, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) e Sluzki (1991, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) referirem que as mudanças, por mínimas que sejam em qualquer parte do sistema familiar, afectarem a sua totalidade e levarem à procura de manobras de adaptação para que se estabeleça um novo estado de equilíbrio dinâmico.

A reorganização familiar só ocorre após a superação do momento crítico, o que não tem tempo definido, dependendo de cada caso e de como a família reage a tais situações, as quais, por si só, dificultam a mudança adaptativa ao problema (Sprovieri & Assumpção, 2005). Para conviver com a nova realidade, a família precisa então rearranjar o sistema e, como consequência, construir um novo nível de equilíbrio. Assim, é importante considerar que este impacto não é somente imediato à descoberta do problema, mas pode ser identificado noutros momentos do ciclo vital do indivíduo e da família em diferentes comportamentos ou formas de reacção (Sprovieri & Assumpção, 2005).

Quando passam por esta experiência traumática ao longo do ciclo vital, as famílias tornam-se mais vulneráveis a problemas na sua dinâmica familiar. Bromberg (1994, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) considera que as famílias de crianças com transtorno de desenvolvimento têm, assim, maiores dificuldades de adaptação ao longo do ciclo vital e a sua avaliação mostra limites pelo próprio desgaste a que se submetem na procura de solução para o seu problema. Gofman (1982, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) verificou que a posição ocupada na sociedade pelas pessoas com alguma deficiência é semelhante à de etnias menos privilegiadas e à de grupos religiosos minoritários, que ficam afastados de diversas vias de competição e de expressão das suas necessidades e desejos.

No entender de Sprovieri e Assumpção (2005), as famílias de pessoas com deficiência sofrem restrições em todos os sectores da vida. Assim, as que apresentam tendência para a instabilidade emocional quando descobrem uma imperfeição mais grave nalgum filho, entram em crise permanente, vendo frustrada a tarefa de educar, sustentar, proteger e socializar toda a família. Deste modo, identificam-se nestas pessoas problemas relacionados com a comunicação, regras, papéis, lideranças, manifestações de agressividade, afeição física, individualização, integração e auto-estima.

Em síntese, todos os pontos anteriormente focados são fundamentais para a compreensão deste processo complexo e multifacetado que é a adaptação psicológica e social a um jovem com deficiência mental.

2.4.1- A pessoa com deficiência mental e o seu impacto familiar

Como produto paradigmático desta abordagem, começa-se por abordar as recorrentes análises das reacções emocionais parentais ao diagnóstico de deficiência mental em termos de estádios de um processo de luto pela perda da criança idealizada. Esses estádios ainda hoje são entendidos por alguns autores como universais (Dalton & Epstein, 1963, cit. in Albuquerque, 2000) e independentes da gravidade e etiologia da deficiência, da idade em que ocorre o diagnóstico ou dos recursos parentais e familiares (Dalton & Epstein, 1963, cit. in Albuquerque, 2000; Willner & Crane, 1979, cit. in Albuquerque, 2000; Molsa & Ikonen, 1985, cit. in Albuquerque, 2000).

Segundo Miller e Keirn (1978, cit. in Albuquerque, 2000), um grupo de cinquenta mães de crianças com deficiência mental educável apresentava resultados mais elevados nalgumas subescalas do M.M.P.I. do que um grupo de mães de crianças normais, espelhando de forma inequívoca a influência da deficiência mental.

Conjecturou-se, também, que as emoções dolorosas e os conflitos vivenciados pelas mães se repercutiam nas suas atitudes em relação aos filhos com deficiência mental, as quais se traduziriam mais frequentemente em rejeição, desaprovação, hostilidade ou superprotecção do que aceitação (Ferguson & Watt, 1980, cit. in Albuquerque, 2000; Waisbren, 1980, cit. in Albuquerque, 2000). Contudo, este padrão de atitudes nunca usufruiu de uma ampla e concludente comprovação. Assim, e no que respeita às atitudes das mães de crianças com “*handicaps*” ligeiros, Cook (1963, cit. in Albuquerque, 2000) e Wetter (1972, cit. in

Albuquerque, 2000) caracterizavam como de rejeição, Slouth, Kogan e Tyler (1978, cit. in Albuquerque, 2000) descreviam-nas como menos rejeitantes do que as das mães de crianças normais, ao passo que Wishart, Bidder e Gray (1980, cit. in Albuquerque, 2000) consideravam que não apresentavam nenhuma característica distintiva. Por outro lado, alguns autores (Carr, 1988, cit. in Albuquerque, 2000; Ferguson & Watt, 1980, cit. in Albuquerque, 2000; Wishart, Bidder & Gray, 1980, cit. in Albuquerque, 2000) detectaram casos de maior gravidade e atitudes mais positivas do que as habitualmente referenciadas na bibliografia.

Em estudos de interações mãe-criança, o comportamento das mães de crianças com um desenvolvimento atípico foi categorizado como directivo, dominador e controlador, dado envolver uma utilização mais frequente de ordens, instruções, (Breiner & Forehand, 1982, cit. in Albuquerque, 2000; Kogan, 1980, cit. in Albuquerque, 2000), questões e respostas (Kogan, Wimberger & Bobbitt, 1969, cit. in Albuquerque, 2000), bem como um número mais elevado de iniciações interactivas e de tentativas para alterar o comportamento infantil (Eheart, 1982, cit. in Albuquerque, 2000). Stoneman, Brody e Abbott (1983, cit. in Albuquerque, 2000) detectaram inclusivamente uma clara assimetria de papéis, em que prevaleceram os de professora e auxiliar, em detrimento dos de participante ou companheira de jogos.

As acções maternas denotaram igualmente uma assincronia ou reduzida reciprocidade em relação à criança, por tenderem a ignorar e/ou a não responderem contingentemente aos seus comportamentos cooperativos (Cunningham *et al.*, 1981) ou às suas vocalizações (Vietze *et al.*, 1978, cit. in Albuquerque, 2000), por propiciarem consequências pouco diferenciadas em função da adequação dos comportamentos infantis, ou por denotarem um reduzido envolvimento no tocante à realização de actividades conjuntas. Refira-se a este propósito, que Kogan, Wimberger e Bobbitt (1969, cit. in Albuquerque, 2000) notaram que um grupo de crianças com deficiência mental ligeira e moderada e as suas mães agiam de forma paralela e neutra, em lugar de adoptarem um processo de alternância comportamental. A este quadro, já de si tão sombrio, Kogan (1980, cit. in Albuquerque, 2000) acrescentou a negatividade das expressões afectivas maternas, manifesta no tom de voz, nos conteúdos verbais ou em acções intrusivas.

Contudo, é necessário destacar, em primeiro lugar, que nem todos os autores detectaram uma maior directividade ou uma menor reciprocidade por parte das mães de crianças com deficiência mental do que por parte das mães de crianças “normais”. Daí que tenham sido também descritas como pouco directivas por Davis e Oliver (1980, cit. in

Albuquerque, 2000), e como muito afectuosas e solícitas em relação às iniciativas e pedidos dos seus filhos por Stoneman, Brody e Abbott (1983, cit. in Albuquerque, 2000).

Em segundo lugar, há que ter presente que mesmo quando tal foi observado, foi em grupos muito restritos e altamente heterogéneos de crianças em termos de categorização nosológica (atrasos de desenvolvimento, deficiência mental ligeira e moderada), etiológica e nível etário. Além disso, as observações foram usualmente efectuadas em situações análogas, tomando como referência crianças de igual idade cronológica (Breiner & Forehand, 1982, cit. in Albuquerque, 2000; Kogan, 1980, cit. in Albuquerque, 2000; Stoneman, Brody & Abbott, 1983, cit. in Albuquerque, 2000), de igual idade mental (Cunningham *et al.*, 1981, cit. in Albuquerque, 2000), ou com idênticos comportamentos em situações de jogo (Eheart, 1982, cit. in Albuquerque, 2000), sem que tal se apoia-se numa justificação teórica sólida, e sem que se assegura-se a comparabilidade das situações interactivas nos vários grupos.

Em terceiro lugar, não é possível interpretar as diferenças registadas em termos exclusivamente infantis ou maternais, omitindo o princípio elementar da bidireccionalidade, ou de que os comportamentos das mães não podem ser divorciados dos das crianças. Neste sentido, Breiner e Forehand (1982, cit. in Albuquerque, 2000), Kogan (1980, cit. in Albuquerque, 2000) e Cunningham e colaboradores (1981, cit. in Albuquerque, 2000) descreveram as crianças envolvidas nos seus estudos como mais desobedientes ou menos participativas e activas do que as dos grupos de controlo, o que sugere que as diferenças qualitativas dos comportamentos interactivos maternos podem espelhar a sua adaptação às características infantis ou, por outras palavras, que as avaliações efectuadas se reportam simultaneamente às mães e às crianças. Numa óptica mais abrangente, estes dados indiciam que a tendência para, no domínio da deficiência mental, se entender a directividade materna como um fenómeno eminentemente negativo, ignora as qualidades adaptativas dos comportamentos parentais em relação a crianças com um desenvolvimento atípico. Na realidade, se as mães das crianças com atrasos de desenvolvimento ou deficiência mental se afiguram como directivas tal pode dever-se, tão somente, ao facto das próprias crianças se revelarem pouco activas ou dispostas a assumirem a iniciativa em contextos de interacção, onde os estilos de interacção maternos, em lugar de negativos ou indesejáveis, devem, nalguns casos, ser entendidos como adaptativos ou susceptíveis de assumirem funções de restabelecimento ou de facilitação da interacção.

Para além destes resultados que se tem vindo a referir, outros estudos, mormente os mais recentes, põem em causa a ubiquidade do *stress* ou da influência negativa da criança

com deficiência na vida familiar. Dunlap e Hollinsworth (1977, cit. in Albuquerque, 2000) inaugurariam esta via, ao assinalarem que a grande maioria dos 404 pais de crianças com deficiência mental, paralisia cerebral ou epilepsia do seu estudo, residentes em áreas rurais, não percebia o seu filho como tendo afectado significativamente as relações ou as actividades familiares. Num ou noutro trabalho, nem sequer se notariam diferenças nos níveis de *stress* dos pais e das mães de crianças com e sem diversos tipos de deficiências, incluindo a deficiência mental (Cameron & Orr, 1989, cit. in Albuquerque, 2000; Salisbury, 1987, cit. in Albuquerque, 2000), o que levou Salisbury (1987, cit. in Albuquerque, 2000) a considerar imperativo o reconhecimento dos aspectos típicos, normativos e adaptativos das famílias de crianças com deficiência. Que alguns pais e famílias são aparentemente capazes de enfrentarem circunstâncias devastadoras é, aliás, uma constatação cada vez mais difundida no que se reporta às necessidades educativas especiais (Bristol, 1987, cit. in Albuquerque, 2000; Kazak & Clark, 1986, cit. in Albuquerque, 2000).

2.4.2- Percepções parentais na deficiência mental

De acordo com Zamberlan e Alves (1996, cit. in Souza & Boemer, 2003), são muitas as variáveis que afectam o desenvolvimento da criança, nomeadamente factores macrosistémicos – renda familiar, grau de escolaridade dos pais e profissão – e factores microsistémicos – qualidade das interações e relações entre os membros da família e pessoas próximas, principalmente no que se refere às práticas psicossociais de cuidados implementados nestes contextos, que se associam na promoção de um desenvolvimento adequado e saudável pela criança. Aprofundar o conhecimento sobre o funcionamento de famílias com crianças deficientes mentais constitui um caminho promissor para a compreensão do desenvolvimento destas crianças e da sua adaptação ao meio.

Parece, pois, que a acção do estatuto socioeconómico é complexa e a sua compreensão exige que se apele para aspectos fundamentais, como as expectativas de realização escolar e profissional, o carácter normativo ou não normativo da deficiência mental em função do contexto social, ou a coexistência numa mesma família de outras situações problemáticas que não a deficiência mental. Se o nível económico se apresentar baixo, segundo Mumbunda (2003), verifica-se um declínio da autoridade parental, uma vez que as crianças desobedecerem cada vez mais é um resultado da deterioração económica, libertando-se, assim

do jugo da parentalidade. Para o autor, o factor ambiental e material apresenta uma importância extrema no comportamento dos indivíduos, nomeadamente na relação entre pais e filhos.

É bem conhecido que os níveis de expectativa parentais variam em função da classe social, de tal forma que os das classes superiores suplantam os das classes médias, enquanto que estes últimos se situam, por sua vez, acima dos das classes inferiores (Hess, 1970, cit. in Albuquerque, 2000). Em acréscimo, os pais dos meios menos favorecidos realçam a obediência, a submissão aos adultos, o respeito, o asseio, a capacidade de evitar sarilhos, ao passo que os dos meios mais favorecidos valorizam a iniciativa, a criatividade, a curiosidade, a ambição, a independência, a interiorização do controlo do comportamento e a felicidade (Hess, 1970, cit. in Albuquerque, 2000; Maccoby, 1980, cit. in Albuquerque, 2000).

Farber (1968, cit. in Albuquerque, 2000) foi um dos primeiros autores a tomar em linha de conta este tipo de considerandos na delineação das reacções parentais a uma criança com deficiência mental. Para ele, as famílias das classes média e superior quando confrontadas com uma deficiência mental experimentam uma “crise trágica”, correspondente ao desmoronar de todas as esperanças e sonhos centrados na criança, enquanto que as famílias da classe baixa encaram a deficiência como um mero problema adicional, enfrentando uma “crise de reorganização de papéis” em que o principal dilema reside na reordenação dos poucos recursos existentes, de modo a satisfazer as exigências da situação.

Mais recentemente, Wikler (1986a, cit. in Albuquerque, 2000) enriquece a caracterização de Farber, adiantando que o nível socioeconómico constitui um importante mediador da diferenciação entre acontecimentos normativos e não normativos. Assim, para as famílias dos extractos mais elevados, uma criança com deficiência mental, independentemente do grau da deficiência, representa sempre um acontecimento imprevisto e não normativo, enquanto que o mesmo só seria aplicável às famílias dos extractos mais baixos quando se tratasse de uma deficiência moderada ou profunda. Uma deficiência ligeira tende a ser encarada como normativa, e mesmo que eventualmente o não fosse, seria percebida como revestindo um menor impacto do que outros acontecimentos indutores de *stress*.

Nihira, Meyers e Mink (1980, cit. in Albuquerque, 2000), Friedrich, Wiltturner e Cohen (1985, cit. in Albuquerque, 2000) e Minnes (1984, 1986, cit. in Albuquerque, 2000) indicaram, nos seus estudos, que as famílias que melhor enfrentavam a deficiência mental de um membro, ainda que ligeira, se caracterizavam pela sua coesão, bem como pela possibilidade de expressão de sentimentos, problemas e pontos de vista de uma forma

pacífica. Beavers e colaboradores (1986) reforçaram esta descrição, notando que as famílias bem adaptadas à deficiência mental se distinguiam das famílias com uma adaptação “problemática” ou disfuncional, por denotarem uma forte aliança parental, divisão de responsabilidades, um esforço visível no sentido do equilíbrio entre a unidade do sistema e as necessidades individuais, e comunicação de valores e sentimentos pessoais.

A relevância de relações interpessoais coesas e harmoniosas reafirmou-se quando em lugar da família, se examinou um dos seus subsistemas específicos, isto é, o das interações entre os cônjuges. Neste caso, não só o impacto familiar de uma criança com deficiência mental educável ou treinável se acentua quando reina a discórdia conjugal (Nihira, Meyers & Mink, 1980, cit. in Albuquerque, 2000), como a satisfação com a relação conjugal emerge como um dos mais significativos preditores da adequação dos comportamentos de “*coping*” materno a curto (Friedrich, 1979, cit. in Albuquerque, 2000) e a longo prazo (Friedrich, Wilturner & Cohen, 1985, cit. in Albuquerque, 1996; Gowen *et al.*, 1989, cit. in Albuquerque, 2000). Que uma relação de apoio mútuo constitui um recurso poderoso para qualquer um dos cônjuges é, de resto, uma verificação tão comum às famílias de deficientes mentais, quanto às de crianças com outras necessidades especiais (Kazak & Clark, 1986, cit. in Albuquerque, 2000).

No domínio da psicopatologia infantil, a ênfase cognitiva põe em relevo que a percepção materna do comportamento da criança como difícil ou problemático pode conduzir à procura de assistência especializada para a criança, e a alterações qualitativas das interações com ela estabelecidas, sem que tal encontrasse fundamento nas acções infantis directamente observáveis (Albuquerque, 2000).

As primeiras aproximações das percepções parentais de deficientes mentais ligeiros parecem ter girado em torno dos seus aspectos positivos ou negativos, do reconhecimento ou não das dificuldades exibidas pelos filhos. Olshansky e Schonfield (1965, cit. in Albuquerque, 2000) estabeleceram esta via, ao verificarem que os pais de adolescentes e jovens adultos que tinham frequentado classes especiais, cientes das dificuldades de aprendizagem dos descendentes, inferiam dos seus melhores desempenhos em situações extra-escolares a existência de um funcionamento intelectual normal. Por seu lado, Meyerowitz (1967, cit. in Albuquerque, 2000) menciona que esta aparente percepção favorável da criança, não obstante o diagnóstico de uma deficiência ligeira, está presente desde o início da escolaridade básica. Numa análise mais recente, Davis, Stroud e Green (1989, cit. in Albuquerque, 2000) verificaram que crianças que evidenciavam um atraso no ritmo de desenvolvimento cognitivo

eram caracterizadas pelas mães como crianças, e não como seres menos capazes ou em situação de desvantagem.

Nesta mesma óptica, Felgueiras e Machado (1983, cit. in Albuquerque, 2000), no seu trabalho com 22 mães de deficientes mentais ligeiros em idade escolar, que visava aprofundar os conceitos de “normal” e “anormal” em mães de crianças normais e com deficiência mental, e conhecer as suas avaliações da “normalidade” ou “anormalidade” dos filhos, constataram que nem todas as crianças com um Q.I. inferior a 70 e um atraso escolar assinalável eram consideradas como “anormais” pelas mães, afigurando-se os seus critérios mais tolerantes ou flexíveis do que os dos profissionais.

Na sua globalidade, estes elementos parecem indiciar que uma deficiência mental ligeira não é necessariamente um factor de *stress* parental, ou que o uso de estratégias de “*coping*” permite que não seja percebida e interpretada como tal (Albuquerque, 2000).

Em relação aos pais de crianças com deficiência, Sameroff e Feil (1985, cit. in Albuquerque, 2000) e Wright, Granger e Sameroff (1984, cit. in Albuquerque, 2000) consideram que os que possuem uma compreensão mais simples do desenvolvimento são menos capazes de lidarem eficazmente com situações problemáticas, acontecendo exactamente o oposto aos que evidenciam uma compreensão mais sofisticada, o que significa que os últimos tomam em conta um maior número de alternativas, se empenham na mobilização de recursos mais eficientes e estão dispostos a reorganizarem os papéis familiares, apresentando, em consequência, um nível de *stress* mais elevado do que os primeiros.

Um estudo de Granger (1983, cit. in Albuquerque, 2000), realizado com mães de crianças com deficiência, incluindo deficientes mentais, que participavam em programas de intervenção precoce, confere alguma plausibilidade às asserções de Wright e colaboradores, apontando, contudo, para a possibilidade das concepções do processo de desenvolvimento afectarem o *stress* materno em função do apoio social disponível. Assim, notou-se que as mães com um apoio restrito que tomavam parte em programas pouco exigentes, em termos de envolvimento pessoal, eram as mais ansiosas. Em contrapartida, as menos ansiosas sentiam-se apoiadas e envolvidas no processo de intervenção. Ou seja, o bem-estar emocional das mães que encaravam o desenvolvimento dos seus filhos como influenciado por uma vasta amplitude de factores, dependia do apoio dos familiares e amigos e da orientação e assistência dos profissionais. Por outro lado, a ansiedade das mães que compreendiam o desenvolvimento de uma forma mais concreta ou categorial aumentava na razão directa do apoio recebido. O

que parece implicar que a exposição ou o confronto destas mães a ideias ou informações diferentes das suas, constituía uma forma de pressão que se reflectiria no seu nível de *stress*.

Segundo Glat (1995, cit. in Silva & Dessen, 2001), a rejeição da sociedade às pessoas com deficiência mental reflecte a própria fragilidade social, uma vez que tudo que é diferente e anormal desperta a atenção e pode acarretar diversas reacções. Para Crochík (1997, cit. in Silva & Dessen, 2001), a “diferença” é parte inerente ao conceito de deficiência e traz em si mesmo a possibilidade do preconceito, uma vez que este caracteriza-se pela aversão ao diferente. Porém, esta diferença poderia não traduzir esta forma de preconceito se ela (a diferença) fosse reconhecida como parte da essência humana.

O nascimento de uma criança deficiente mental pode provocar, apesar da família apresentar uma grande variedade de reacções, sentimentos e recursos para enfrentar as dificuldades, diversas reacções e sentimentos dentro da mesma, bem como alterar a estrutura familiar estabelecida antes do seu nascimento.

Segundo Silva e Dessen (2001), a família constitui o primeiro universo de relações sociais da criança, através de um ambiente estimulante e de interacções e relações saudáveis, podendo proporcionar-lhe um ambiente de crescimento e desenvolvimento, sobretudo quando se trata das crianças com deficiência mental, as quais solicitam atenção e cuidados específicos. A influência da família no desenvolvimento das suas crianças ocorre, primordialmente através da comunicação, tanto verbal como não verbal. Para Kreppner (1992, cit. in Dessen & Silva, 2002), a família exerce este papel, principalmente, através da sua rede de relações sociais. Logo, este conjunto de interacções desenvolvidas no micro-universo da família demonstra que o desenvolvimento do sujeito não pode ser isolado do desenvolvimento da família (Dessen & Lewis, 1998, cit. in Dessen & Silva, 2002). Como afirmam Rey e Martinez (1989, cit. in Silva & Dessen, 2001), a família figura, talvez, a forma de relação mais complexa e de acção mais profunda sobre a personalidade humana, dada a enorme carga emocional das relações entre os seus membros. Portanto, cada membro da família vivencia, de maneira particular, a chegada de uma criança com deficiência.

O impacto sentido pela família com a chegada de uma criança com algum tipo de deficiência é intenso. Segundo Brito e Dessen (1999, cit. in Silva & Dessen, 2001; Dessen & Silva, 2002) e Martinez e Parra (2007), este momento é traumático, podendo originar uma forte desestruturação na estabilidade familiar, ou mesmo gerar um estado de ansiedade mantida em cada um dos seus membros. O momento inicial é sentido como o mais difícil para a família (Petean, 1995, cit. in Silva & Dessen, 2001), a qual tem que procurar a sua

reorganização interna (Taveira, 1995, cit. in Silva & Dessen, 2001) que, por sua vez, depende da sua estrutura e funcionamento enquanto grupo e, também, dos seus membros, enquanto pessoas. Também na opinião de Bayle (2004), a situação de crise originada pela doença leva as famílias a atitudes de desadaptação, mantendo a homeostasia, ou então a mudanças que levarão inevitavelmente a uma adaptação em relação à doença, redefinindo fronteiras, reorganizando as funções e as atitudes comportamentais. O grau de perturbação, de acordo com Martinez e Parra (2007), depende da coesão familiar, dos níveis de afecto que gravitam sobre ela e dos papéis desempenhados pelos familiares nos diferentes níveis de funcionamento. Assim, quanto mais uma família é unida, madura, harmoniosa, equilibrada, cooperante e inteligente na adaptação e flexibilidade, mais bem sucedida será com o seu filho deficiente mental (Martinez & Parra, 2007).

Para se examinar o comportamento da família deve ter-se em atenção os diversos modos de repercussão que o nascimento de um filho doente pode ter na mesma. Kaplan (1981) tem em conta a dor dos pais, a negação, raiva e aceitação, num luto que têm de fazer à expectativa de um filho saudável; sentem desilusão, vergonha e culpabilidade por terem tido um filho com variadas necessidades; ansiedade, que os leva à sobreprotecção, restrição, sobreindulgência, dor e desespero (Figueiredo, Pires, Candeias, Miguel, Bettencourt e Cotrim (2008); concentração exagerada no filho doente, de tal forma, que os outros elementos da família são descurados; preocupação com a sobrecarga económica e com o tempo dispendido nos tratamentos; outros podem sentir desinteresse, negligência e rejeição do filho “diferente”; a vida familiar pode ser descurada, desinvestida e sentirem-se fatigados e deprimidos; os irmãos ressentem-se do estatuto privilegiado do irmão e reagem às atitudes sobreprotectoras e à assistência excessiva dos pais e pode surgir uma preocupação e depressão familiar com a antevisão sobre o futuro daquele elemento doente da família.

Para Wasserman (1992, cit. in Castro & Piccinini, 2002), o fantasma do bebé saudável pode interferir na adaptação da família à situação de doença crónica, sobretudo se o processo de luto não for resolvido adequadamente. Quando os pais desenvolvem este processo, tornam-se menos disponíveis, empenhados e atentos relativamente ao mesmo, podendo a sua auto-estima ficar diminuída, até sentirem-se imperfeitos. Diante desta situação, a maioria destes pais consegue aceitar a situação e estabelecer objectivos e expectativas realistas que levam em conta as limitações da criança. Porém, Lamb e Billings (1997, cit. in Silva & Dessen, 2001) atestam que os pais geralmente têm expectativas mais altas relativamente aos filhos do que às filhas. Esta realidade leva os pais a entrar, grande parte das vezes, em situação de crise

(Bettencourt & Pires, 2001, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008). Superada a fase de choque até à adaptação, os pais poderão desconfiar do diagnóstico que lhes foi mencionado, sentir-se culpados pela deficiência, sentir cólera, ansiedade e tristeza, crerem nas suas capacidades, serem realistas e terem esperança (Figueiredo *et al.*, 2008).

Dessen e Silva (2002) também referem que a família passa por um longo processo de superação até chegar à aceitação da sua criança com deficiência mental: do choque, da negação, da raiva, da culpa, da revolta e da rejeição, para além da posterior aceitação e depressão (Martinez & Parra, 2007) entre outros sentimentos, até a construção de um ambiente familiar mais preparado para envolver esta criança como um membro integrante da família. Segundo Casarin (1999, cit. in Silva & Dessen, 2001; Dessen & Silva, 2002), a reorganização familiar torna-se mais fácil quando há apoio mútuo entre o casal. Neste caso, o ambiente familiar pode contribuir para o desenvolvimento e crescimento da criança com deficiência mental. Todavia, o ambiente pode igualmente complicar esta reorganização interna da família, sobretudo porque o nascimento de uma criança, por si só, já acarreta transformações que constituem um desafio para todos os membros da família (Dessen, 1997, cit. in Silva & Dessen, 2001; Kreppner, 1989, 1992, cit. in Silva & Dessen, 2001).

Também Souza e Boemer (2003) referem que a chegada de uma criança diferente da esperada pode modificar o equilíbrio familiar, atingindo todos os membros da família, onde igualmente surgem sentimentos de choque, negação, raiva, tristeza e culpa, independentemente da severidade da deficiência, levando os pais a sentir necessidade de uma justificação para o sucedido como se fosse uma punição a eles destinado. Passada a etapa do choque inicial e da desorganização emocional, resta-lhes procurar o equilíbrio emocional que possibilite a criação deste filho inesperado e deparar-se com a questão da deficiência (Souza & Boemer, 2003; Dykens, 2006). Similarmente Klauber (1998, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008) afirma que superado o impacto emocional, os pais estabelecem estratégias de readaptação que lhes possibilitem reaprender a viver, abandonando as suas necessidades pessoais e concentrando-se totalmente na criança. Perante as incertezas e dúvidas relativamente ao desenvolvimento e futuro da criança, os pais aprendem a não realizar grandes projectos e a antecipar o futuro, tentando preocupar-se somente com o presente e viver o dia-a-dia (Figueiredo, 2008). No entanto, Pueschel (1993, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008) refere que os pais sentem que sentimentos como a tristeza jamais desaparecem por completo. Assim sendo, é essencial explorar a questão da “família e deficiência mental”, centrada no bem-estar psicológico das famílias e particularmente dos pais, olhando ainda para a necessidade de se

conhecer a sua dinâmica de relacionamento e a família como inserida num contexto social amplo e complexo.

Olshansky (1962, 1966, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008), na mesma linha de Pueschel (1993, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008), constatou no seu estudo que os pais continuam a ter fortes reacções conforme a criança vai crescendo e que sofrem de um desgosto crónico ao longo de toda a sua vida. A intensidade desse desgosto varia de tempo para tempo na mesma pessoa, de situação para situação e de família para família.

Os sentimentos dos pais em relação à sua criança com deficiência são factores decisivos para a adaptação e o bem-estar da família. Quanto mais grave é a deficiência mental do filho, maior é o impacto na família (Martinez & Parra, 2007). Dykens (2006) constatou no seu estudo que as mães expressaram sentimentos de luto pelo filho idealizado como perfeito, revivendo este sentimento em cada fase de desenvolvimento que o filho atravessa. Por sua vez, Leary e Verth (1995, cit. in Silva & Dessen, 2001), mencionam que as mães do seu estudo referiram mágoa e sofrimento em relação à difícil situação das suas crianças deficientes mentais e as do estudo de Glidden e Floyd (1997, Dessen & Silva, 2002) e de Negrin e Cristante (1996, Dessen & Silva, 2002) apresentaram uma maior tendência para a depressão do que os pais, o que indica que estes não experienciam a depressão ou a experienciam de forma mais leve do que as mães, apesar destas relatarem com menor frequência o sentimento de culpa que os pais. Todavia, no estudo de Ali, Al-Shatti, Khaleque, Rahman, Ali e Ahmed (1994, cit. in Silva & Dessen, 2001) este sentimento foi mencionado quer pelos pais quer pelas mães, os quais se responsabilizavam pela deficiência mental das suas crianças. Também Martinez e Parra (2007) afirmam que é habitual os pais revelarem sentimentos de culpa, auto-censura ou mesmo culpar o outro cônjuge por ter nascido uma criança com deficiência mental, o que com esta frequente culpabilização, tomam para si todas as responsabilidades que advêm de um sofrimento emocional intenso.

Os pais procuram uma justificação clara sobre a doença crónica do filho e sobre as suas consequências, sentindo-se frustrados quando isto não é possível (Irvin, Klaus & Kennel, 1992, cit. in Castro & Piccinini, 2002) e quando tal acontece, interrogam-se quanto à sua competência genética, podendo conduzir a sentimentos de culpa. Também Konstantareas e Homatidis (1991, cit. in Sprovieri & Assumpção, 2005) referem que se pode constatar no estudo de Rutter o grau de responsabilidade que os pais atribuem a si mesmos e os acontecimentos externos que eles não podem controlar.

Genericamente, as pressões vindas do meio social geram sentimentos desagradáveis, levando os pais a limitarem as actividades culturais dos seus filhos deficientes, bem como os contactos com amigos, parentes e vizinhos (Ali *et al.*, 1994, cit. in Silva & Dessen, 2001; Brito & Dessen, 1999, cit. in Silva & Dessen, 2001). Ali e seus colaboradores indicam diversos factores que poderiam se tornar uma sobrecarga para os pais, como: o tempo, uma vez que os pais precisam de muito tempo para o cuidado e atenção às suas crianças deficientes, atenuando os seus contactos sociais e culturais; os recursos financeiros, visto que os pais suportam economicamente com a maioria dos cuidados à sua criança e, por fim, os limites sociais e psicológicos, cujas atitudes da sociedade relativamente às pessoas com deficiência mental, normalmente, não são positivas.

Krauss (1993, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008) verificou a existência de factores externos associados ao maior *stress* nas mães de crianças deficientes, mas somente nas mães com maior nível socioeconómico. Porém, alega que as mães, no geral, apresentam também mais dificuldade na adaptação aos aspectos pessoais da parentalidade e mais *stress* relacionado com o temperamento da criança e com a vinculação a ela que os pais.

Por sua vez, Silver e colaboradores (1998, cit. in Castro & Piccinini, 2002) compararam o nível de *stress* de mães e pais de crianças saudáveis e com doença crónica abrangendo ou não limitação funcional e verificaram diferenças no nível de *stress* entre o grupo saudável e doentes sem limitação funcional. Porém, mães e pais de crianças doentes com limitação funcional, contendo limitações na audição, visão, comunicação, e nas actividades da vida diária apresentaram mais *stress* que os dois primeiros grupos, pois sentem que os seus papéis parentais exigem muito mais do que nas situações em que a criança é saudável. Tendo em conta Canning, Harris e Kelleher (1996, cit. in Castro & Piccinini, 2002) pais de meninas cronicamente doentes são mais vulneráveis ao *stress* do que os pais de meninos porque os das meninas mostravam o seu *stress* de um modo mais aberto e claro do que os pais de meninos. Ainda Krauss (1993, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008) indica que os pais apresentam mais *stress* relacionado com o temperamento da criança e a vinculação com ela, apesar de terem menos dificuldade do que as mães na adaptação aos aspectos pessoais da parentalidade.

Outros estudos apresentaram mães de crianças deficientes mentais a ostentarem níveis superiores de *stress* aos dos pais (Dyson, 1997; Hornby, 1995; Lamb & Billings, 1997; Sloper *et al.*, 1991; Figueiredo *et al.*, 2008) e níveis inferiores de controlo sobre a situação (Figueiredo, *et al.*, 2008). Por as mães ficarem, normalmente, responsáveis por grande parte

dos cuidados adicionais dispensados à criança, elas tendem a apresentar níveis mais altos de *stress*. Pelo contrário, os pais referem, geralmente, menor satisfação com a vida familiar, resultado de demandas extras de acomodação à criança deficiente. Os resultados do estudo de Hornby mostram que o *stress* experienciado pelos pais de crianças com síndrome de Down relaciona-se com o emprego, com a satisfação marital e com variáveis de personalidade, manifestando uma relação contrária ao nível educacional e à condição financeira. Por outro lado, os dados de Dyson indicam que o *stress* parental está relacionado com a própria avaliação do pai e do seu cônjuge relativamente ao funcionamento da família, nomeadamente na educação, na promoção do crescimento pessoal e na capacidade para manter o sistema familiar. Por sua vez, Lamb e Billings (1997, cit. in Dessen & Silva, 2002) relatam que os pais de crianças com deficiência podem ter elementos stressantes e necessidades muito diferentes daquelas das mães nestas mesmas famílias e de pais em famílias com crianças sem deficiência. Os autores acham mesmo que as preocupações tradicionais com relação ao sucesso, aceitação social e independência financeira das suas crianças levam os pais a experienciarem o diagnóstico de deficiência do filho como uma crise mais intensa do que as mães. Portanto, tanto as variáveis internas como as externas cooperam para aumentar o *stress* vivenciado pelos pais e exercem, directa ou indirectamente, influência nas interações e relações familiares.

Nem sempre os pais adoptam a forma mais indicada para lidar com as situações que surgem por terem uma criança deficiente na família, mostrando-se tanto condescendentes como impacientes e, por vezes, mostrando atitudes de depreciação em relação ao próprio filho (Petean, 1995, cit. in Silva & Dessen, 2001). As estratégias mais utilizadas para enfrentar a situação, segundo Rodrigue, Morgan e Geffken (1992, cit. in Silva & Dessen, 2001) são a procura de informações sobre a deficiência e as fantasias de satisfação de desejos, ou seja, de como eles poderiam lidar com as situações difíceis e de como seria a evolução no desenvolvimento da sua criança.

Segundo Sloper e colaboradores (1991, cit. in Silva & Dessen, 2001), para os pais de crianças deficientes, a qualidade do relacionamento marital está, especialmente, relacionado com a satisfação com a vida e com a família como um todo. Os pais do seu estudo sentiam-se mais satisfeitos com a paternidade, contudo, manifestavam baixos níveis de satisfação financeira, insinuando que os efeitos da criança sobre eles eram menores que os efeitos ambientais externos. Estes autores concluíram que factores como a criança, o ambiente social e os aspectos parentais interagem de modo a produzir a satisfação e o *stress* familiar. Porém,

para as mães, os factores como baixa resistência e alta excitabilidade da criança estão fortemente relacionados com a baixa satisfação com a vida.

Partindo da opinião de Souza e Boemer (2003), o papel do pai nesta relação pode ser percebido como relevante, com aspectos significativos para ele, para a mãe e para o filho, não ocupando um lugar nos cuidados ao filho mais especial que o da mulher, mas tendo uma participação e reflexão cada vez maior a respeito das necessidades de todos os envolvidos, uma vez que na nossa sociedade, normalmente é a mãe que está mais próxima do filho e, assim sendo, os cuidados podem representar uma grande responsabilidade para ela. Entretanto, mesmo considerando este facto, não faz sentido conceber apenas a perspectiva da mãe, uma vez que ela não é só mãe do filho com deficiência, mas igualmente mulher e, talvez, mãe de outros filhos, para além desta família poder se deparar com as dificuldades da mulher em exercer a maternidade, por poder encontrar-se com sentimentos de luto relativamente à criança esperada. Por isso, os cuidados mais simples, como o olhar nos seus olhos, pegar no colo e alimentá-lo podem ser cuidados que levam a uma intensa dificuldade quer por limitações do bebé quer pela confusão emocional vivenciada pela mãe neste momento (Melo, 2000, cit. in Souza & Boemer, 2003). Para além deste facto, há ainda diversos casos em que a mãe, por variadas razões, não está presente no núcleo familiar, podendo ficar ao encargo do pai a tarefa de cuidar de seu filho (Souza & Boemer, 2003).

De acordo com Souza e Boemer (2003), os pais referem nos seus discursos que procuram encontrar nas suas próprias estratégias avanços para conseguir o desenvolvimento dos filhos, procuram definir para si mesmos o significado de ter um filho deficiente mental e, por vezes, duvidam do diagnóstico. Esta sabedoria dos pais sobre o que acham ser melhor para os seus filhos, não sendo eles especialistas na questão da deficiência mental, advém da sua experiência com o filho deficiente. Nos encontros com os pais no âmbito do seu estudo, Souza e Boemer (2003) conseguiram perceber que, quando os pais mencionam desacreditarem-se no diagnóstico, estão-se a referir à rejeição que por vezes sentem, particularmente da ideia de que a pessoa com deficiência é incapaz e desvalorizada. Ao cuidar do filho com deficiência mental perceberam, através do contacto entre ambos, que os seus filhos são pessoas que têm valores e potencialidades, que se afastam do ideal social, concebendo o homem como perfeito, pleno e revestido de preconceitos. Cuidar dos seus filhos transmite-lhes que há possibilidade de existência humana mesmo com a deficiência, existência que pode ser valorizada e reconhecida como capaz e repleta de potencialidades, ainda que estas não correspondam ao ideal social de homem perfeito.

Para Souza e Boemer (2003), o preconceito e as discriminações sociais na deficiência provocam nos pais uma auto-reflexão sobre as dificuldades com o filho deficiente nos dias actuais, bem como as atitudes e pensamentos antes de serem afectados por esta facticidade, prevendo as dificuldades que ele terá no futuro (Figueiredo *et al.*, 2008). O preconceito atravessa em muitos aspectos a questão da deficiência na nossa sociedade, pois geralmente são associadas a ela designações de inferioridade e de descrédito social (Omote, 1994, cit. in Souza & Boemer, 2003), sendo que não pode ser vista apenas como uma pessoa com características diferentes, mas com atributos socialmente valorizados ou não. Apesar da indignação relativamente à desvalorização pela sociedade de uma pessoa com deficiência mental, esta também surge no discurso dos pais como uma condição que menospreza, infantiliza e torna dependente, mostrando que eles estão sujeitos às concepções implantadas no ideal social.

Silva e Dessen (2001, cit. in Cherubini, Bosa & Bandeira, 2008) referem, tal como já foi mencionado ao longo deste ponto, que os sentimentos dos pais de uma criança com deficiência mental são fundamentais para a adaptação e bem-estar familiar. Por outras palavras, a culpa, a mágoa e as frustrações fortalecem o *stress* e intervêm negativamente na adaptação e interacção familiar. Logo, o grau de adaptação aos problemas permanentes de saúde e os recursos de *coping* utilizados para lidar com as adversidades criadas por estas dependem da percepção subjectiva do cuidador (Beresford, 1994, cit. in Cherubini, Bosa & Bandeira, 2008), do tipo de incapacitação, das suas interfaces e do grau de vulnerabilidade e resistência (Bradford, 1997, cit. in Cherubini, Bosa & Bandeira, 2008). A presença do apoio social, incluindo, a orientação, assim como as crenças adoptadas são condições importantes e essenciais para atenuar o impacto da doença num sistema familiar.

Também na opinião de Castro e Piccinini (2002), a relação da mãe com a sua criança é constituída por medos relativamente ao futuro da mesma, bem como por culpa e sofrimento pela presença da doença crónica. Para vencer estes sentimentos e se vincular à criança da melhor forma possível, parece importante que as mães tenham um relacionamento satisfatório com o parceiro, tal como suporte emocional e social.

Igualmente para Beresford (1994, cit. in Cherubini, Bosa & Bandeira, 2008), o apoio conjugal é um dos mais significativos recursos de *coping* e relaciona-se com os resultados positivos na condução da doença, tal como o apoio de familiares alivia o *stress* físico e emocional do cuidador. Segundo o autor, perante um factor mobilizador é comum a família sentir-se vulnerável ao desenvolvimento de sintomas de *stress* e, por isso, a presença de apoio

emocional de outros funciona como um factor de protecção. Neste sentido, Belsky, Youngblade, Rovine e Volling (1991) afirmam que o apoio conjugal, tanto a nível emocional como a nível instrumental, está associado a um melhor desempenho parental – tanto da parte dos pais como das mães – e melhores relações e padrões de interacções pais-filhos. Já Simons, Whitbeck, Conger e Melby (1990) afirmam que a relação conjugal e a sua qualidade terão um impacto diferente em pais e mães, sendo na perspectiva dos autores mais forte nas mães. Por sua vez, Dunn (1988), Canavarro (1999) e Easterbrooks e Emde (1988) afirmam que a qualidade da relação afectiva dos pais, mães e filhos é influenciada pela qualidade do relacionamento com os cônjuges, ou seja, existe uma influência directa e positiva entre a qualidade da relação conjugal e da relação pais-filhos, sendo que relações conjugais positivas estão associadas a relações pais-filhos positivas e relações conjugais negativas estão associadas a relações pais-filhos negativas. Por um lado, quando a relação conjugal é marcada pelo calor/afectividade, suporte e satisfação, os pais estão mais disponíveis, são mais sensitivos e respondentes às necessidades dos filhos e interagem com estes de forma mais afectuosa, agradável e relaxada. Por outro lado, o *stress* de um casamento marcado por elevada conflitualidade e insatisfação torna os pais emocionalmente menos disponíveis para os filhos, menos capazes de perceber e responder às suas necessidades, tendo interacções pautadas por maior hostilidade e falta de afecto. Por este motivo, Lowenstein e Field (1992) chamam à atenção para a grande influência que o comportamento da mãe exerce nas crianças. Estudos como os de Hokoda e Fincham (1995) e Moss e Strayer (1990) abordam a origem dos padrões motivacionais das crianças através da observação do comportamento da mãe na resolução de um problema. Igualmente Vaz Serra, Firmino e Matos (1987c) chamam à atenção, neste caso, para o papel dos progenitores como elo de ligação da criança com a realidade que a rodeia. Os pais tendem, desde o nascimento, a interagir mais com os filhos do mesmo género embora as relações das crianças com os seus progenitores possam ser muito diferentes entre si. Contudo, num estudo efectuado por estes autores, constatou-se que as relações dos progenitores tendem a ser mais tolerantes e apreciadoras para com as raparigas. A qualidade da relação mãe-filhos é descrita como mediada pelo tipo de relação entre os cônjuges sendo a sua qualidade inferível a partir da observação da relação pai-mãe. Engfer (1992), no entanto, refere que os aspectos comportamentais específicos das crianças também influenciam decisivamente a interacção com os pais. Similarmente Belsky (1981) afirma que o comportamento da criança afecta e é afectado pelo dos pais e é também afectado pelo relacionamento entre os progenitores e este, por sua vez, é influenciado pelas suas actividades

parentais, ou seja, cada aspecto do sistema está simultaneamente envolvido em todos os outros.

Os relatos do estudo de Souza e Boemer (2003) revelam a existência de uma relação forte entre os pais e os filhos, transmitida através de percepções e comunicações bastante íntimas tanto por parte das mães como dos pais. Este tipo de comunicação constrói-se com a vivência, o contacto e a proximidade no cuidado quotidiano. Este vínculo não está, segundo Souza e Boemer (2003), relacionado unicamente com os laços biológicos de parentesco, mas com uma disponibilidade interna em acolher a pessoa deficiente como sua responsabilidade, sendo também importante nos momentos difíceis de procura por melhores recursos de tratamento ou reabilitação dos filhos, agindo como fonte de energia para perdurar, encarando os percalços significativos. O cuidado do filho propicia ganhos, como reflexões, encontros entre famílias, sentimentos e vivências agradáveis. Apesar de existir momentos de angústia e conflitos na pessoa com deficiência mental, percebe-se que o vínculo, a ligação construída na relação pais-filho, permite a estas famílias a procura de novos significados para a sua existência e também a procura de recursos que favoreçam a reabilitação e desenvolvimento das potencialidades do mesmo.

A investigação de Souza e Boemer (2003) permitiu constatar que os pais vivem um vínculo forte e significativo com o seu filho e que o seu nascimento e a necessidade de assumir os seus cuidados, leva-os a se abrirem para novas direcções acerca da pessoa com deficiência, reconhecendo a sua humanidade e plenitude, mais rapidamente ou mais calmamente. Apesar destas novas direcções, os pais parecem não ter terminado de tentar entender a própria existência, uma vez que se deparam com questões complicadas na educação da criança deficiente na sociedade, como o possibilitar e estimular a sua independência, as posturas acerca da sexualidade, admitindo que ainda há um longo caminho até ao reconhecimento da pessoa com deficiência enquanto ser humano pleno.

Tendo em conta Castro e Piccinini (2002), para um bom funcionamento familiar, a família deve-se adaptar à nova realidade de convívio com um dos seus membros doente, pois padrões rígidos de funcionamento ou a dificuldade de mães e pais em aceitar a realidade podem complicar o desenvolvimento da criança. Contudo, como cada indivíduo e cada família tem uma forma particular de ser e de encarar esta situação, não existe um modelo ideal de funcionamento que sirva a todos. O suporte social recebido pelos pais da criança, tanto da família alargada como dos amigos e dos profissionais de saúde, é de necessária importância para o bem-estar da criança, pois abranda o *stress* de mães e pais, possibilitando uma maior

tomada de consciência do problema da criança e, naturalmente, uma vinculação mais adequada com o seu filho. As mães manifestam mais carência de suporte familiar e social (Bailey, Blasco & Simeonsson, 1992, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008), e com este suporte sentem-se menos inseguras relativamente ao futuro do que aquelas que não o têm. A existência de outros filhos pode tornar-se uma fonte de segurança para os pais no futuro, no sentido de os auxiliar na promoção e desenvolvimento da criança (Figueiredo *et al.*, 2008). Neste sentido, Cherubini, Bosa e Bandeira (2008) também são a favor do apoio social e familiar, visto parecer aumentar a confiança dos pais relativamente ao seu próprio desempenho e amenizar os sentimentos de solidão e *stress*. Dyson (1997, cit. in Cherubini, Bosa & Bandeira, 2008) corrobora esta ideia ao concluir que o apoio permite maior bem-estar e alivia os sentimentos de sobrecarga e *stress*.

Langford, Browsher, Maloney e Lillis (1997, cit. in Baptista, 2005), referem que o suporte familiar e social está associado à competência social, à resolução de problemas, à percepção de controlabilidade, à estabilidade, ao auto-conceito, ao afecto positivo e ao bem-estar psicológico. Para além disto, elevado nível de suporte familiar está relacionado com a baixa prevalência de transtornos ansiosos e de humor. Ainda para Dunst e Trivette (1990, cit. in Sampaio, 2007), o suporte social relaciona-se com os recursos que estão ao nosso dispor e às unidades sociais (ex: a família) que respondem aos pedidos de ajuda e assistência. Para os autores existem duas fontes de suporte social: informal e formal. O suporte social informal expede para os sujeitos (familiares, amigos, vizinhos, padre) e grupos sociais (clubes, igreja) capazes de oferecer auxílio nas actividades do dia-a-dia, criando um modo de resposta a situações de vida quer normativas quer não normativas. O suporte social formal abarca as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde) e os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos), visando fornecer assistência ou ajuda às pessoas carenciadas. Neste sentido, o suporte social tem um papel mediador especialmente importante nos sujeitos com deficiências crónicas e suas famílias e na competência social de qualquer indivíduo. No caso da pessoa portadora de deficiência mental, este aspecto assume especial importância. Segundo Stark e Faulkner (1992, cit. in Albuquerque, 2000), o deficiente mental que não vive com a família, tende a ter um suporte ou envolvimento familiar mais limitado, visto que apresentam maior dificuldade em desenvolver e manter qualquer relacionamento interpessoal.

Heinzer (1998, cit. in Castro & Piccinini, 2002), relativamente à família alargada da criança, realçou que, muitas vezes os parentes satirizam as opções realizadas pelos pais, colaborando para o seu isolamento social. Contrariando esta ideia, Findler (2000, cit. in

Castro & Piccinini, 2002), no seu estudo, não descobriu discrepâncias relativamente ao auxílio auferido dos familiares e de amigos em mães de crianças com paralisia cerebral e mães de crianças saudáveis. Uma das descobertas interessantes deste estudo foi a importância dos avós, uma vez que foram considerados, por certas mães, como figuras de apoio mais importantes do que os próprios pais destas crianças. Blacher e Hatton (2001) corroboram esta ideia ao referirem que os avós são uma das principais fontes de apoio das crianças com deficiência e constataram que quanto maior o apoio emocional por parte das avós menor depressão materna se verifica.

Contrariamente à posição dos vários autores mencionados anteriormente, Kazak e colaboradores (1988, cit. in Castro & Piccinini, 2002), Krahn (1993, cit. in Castro & Piccinini, 2002) e Pelletier, Godin, Lepage e Dussault (1994, cit. in Castro & Piccinini, 2002) consideram a importância do apoio social relativa, uma vez que depende de quem oferece e das necessidades de quem a recebe, tendo em conta que as mães de crianças doentes tendem a encarar o apoio social alcançado como escasso e a necessitarem de apoio emocional e de informação, de precisarem partilhar sentimentos pessoais e de carecerem ser encorajadas nas suas capacidades de tratar da criança (Pelletier *et al.*, 1994, cit. in Castro & Piccinini, 2002).

Por fim, com o objectivo de obter elementos em Portugal sobre o modo como as pessoas com deficiência mental vivem em termos familiares, analisou-se o trabalho de Gonçalves (2003) sobre os Censos realizados no ano 2001 e verificou-se que nos indivíduos com idades entre os 25 e 64 anos as famílias institucionais começam a evidenciar alguma importância e os alojamentos na área da saúde assumem igualmente uma posição mais importante. As famílias clássicas sem núcleos ascendiam a 9% e as que eram constituídas por uma só pessoa nesta composição familiar rondava os 60%, provavelmente como resultado de uma maior dependência destas pessoas. As famílias monoparentais eram na sua maioria constituídas por mãe e filhos, sendo que cerca de 20% era composta por dois membros com deficiência mental e 6% dos núcleos com três ou mais.

Em síntese, neste capítulo pretendeu-se abordar as questões que se pensam ser importantes para o presente estudo e que, de alguma forma, poderão determinar o auto-conceito dos sujeitos em geral e com deficiência mental ligeira, em particular. Assim, em seguida, analisar-se-á o auto-conceito, dando especial ênfase à sua definição, às diferenças

individuais no auto-conceito e, sobretudo, ao suporte familiar e auto-conceito, cujo ponto se pensa ser de extrema importância para a questão central deste estudo.

CAPÍTULO III - AUTO-CONCEITO

3.1- DEFINIÇÃO DE AUTO-CONCEITO

O estudo do auto-conceito, enquanto “núcleo mais central da personalidade e da existência e o grande determinante dos pensamentos, sentimentos e comportamentos” advém já de Sócrates e Platão, apesar de só no final do século XIX e início do século XX, com James, Freud, Watson e Allport, lhe ter sido conferido o estatuto científico.

Foi, portanto, há dois séculos, quando se iniciou a abordar a Psicologia do Eu, que William James, reconhecido como o primeiro psicólogo a desenvolver uma teoria do auto-conceito, previu muitos dos desenvolvimentos subsequentes das teorias do auto-conceito. Este autor já afirmava que para se obter um efectivo conhecimento do eu era necessário, para além do conhecimento dos seus constituintes, ter-se em atenção as emoções, sentimentos e actos por eles evocados (Vaz Serra, 1986a).

O desenvolvimento do auto-conceito parece levar a uma melhor aceitação de si mesmo e a realizações melhoradas, para além de possibilitar um maior benefício da competência pessoal, ou seja, os sujeitos que admitem e valorizam a sua competência possuem mais probabilidades de a rendibilizar (Burns, 1979, cit. in Faria, 2005; Calsyn & Kenny, 1977, cit. in Faria, 2005; Man & Hrabal, 1989, cit. in Faria, 2005; Sternberg, 1993, cit. in Faria, 2005).

De modo geral, pode-se definir o auto-conceito como a percepção que o sujeito tem de si mesmo e, em termos específicos, as atitudes, os sentimentos e o auto-conhecimento sobre as suas capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social (Byrne, 1984, cit. in Faria, 2005; Faria & Fontaine, 1990; Marsh & Hattie, 1996, cit. in Faria, 2005).

O auto-conceito tem um papel importante no bem-estar do sujeito, por ser um indispensável regulador e mediador do comportamento, das percepções e expectativas pessoais, tornando-se numa dimensão fulcral a ser considerada no atendimento à família. Também neste sentido, Carsrud, Henderson Alisch e Fowler (1979, cit. in Carsrud, 1986) e Carsrud e Standifer (1980, cit. in Carsrud, 1986) afirmam que o tipo e a quantidade de pessoas que os sujeitos com deficiência mental interagem socialmente são cruciais para a determinação e manutenção da saúde mental e do auto-conceito. O contacto social garante o reforço da consciencialização dos sujeitos relativamente a si próprios e do ambiente,

umentando outros comportamentos positivos, conduzindo, igualmente, a um melhor auto-conceito por parte do sujeito.

Para James (cit. in Epstein, 1973), o *self* ou “eu psicológico”, concebe todos os atributos que o sujeito possa mencionar como fazendo parte de si próprio. Este *self* subdivide-se em duas formas: uma em que é considerado como o autor do conhecimento, sendo designado por “I” (Eu) e apresenta uma função essencialmente executiva; a outra forma é conhecida como o “Me” (Mim) e é representada por um conjunto de coisas objectivamente conhecidas. Nenhum destes aspectos pode subsistir sem o outro, pois não é possível consciência sem conteúdo ou conteúdo sem consciência.

Segundo James (1980), podem evidenciar-se três áreas do *self* enquanto objecto: - o *self* material, que se refere aos aspectos materiais com os quais o sujeito se reconhece; - o *self* social, que aspira obter a consciência que o sujeito tem da forma como os outros o observam, de acordo com os vários papéis que desempenha. E por fim, o *self* espiritual, que equivale ao reconhecimento individual de pensamentos e sentimentos pessoais, visto ser a área das emoções e dos desejos e representar o que o sujeito tem de subjectivo.

De acordo com Tamayo (1981, cit. in Cherubini, Bosa & Bandeira, 2008), o auto-conceito pode ser definido como um conjunto de auto-percepções, nomeadamente, por sentimentos e imagens, as quais são susceptíveis a alterações durante a interacção com o outro. Este constructo é composto pelo *self* somático, *self* pessoal, *self* social e *self* ético-moral.

Cornell, Pelson, Bascin, Landrum, Ramsay, Cooley, Lynch e Hamrich (1990) também estudaram o auto-conceito e a sua teoria centra-se, particularmente, no processo de formação do *self*, tendo desenvolvido uma concepção do auto-conceito onde enfatiza a relação do eu com a sociedade. Para o autor, o *self* contempla diversos aspectos, sendo o mais influente o *self* social. Este *self* social, progride, segundo o autor, a partir das observações que o indivíduo faz do modo como as outras pessoas lhe respondem, ou seja, os sujeitos aprendem a caracterizarem-se a si mesmos a partir da forma como os outros o definem, como se tratasse de uma imagem reflectida num espelho. Este processo desenrola-se em três etapas: na primeira o sujeito percepção o modo como se deve apresentar às outras pessoas, de seguida, o sujeito interpreta a forma como os outros o julgam, e por fim o sujeito vivencia respostas afectivas ao julgamento percebido (Bednar & Peterson, 1995; Cornell *et al.*, 1994).

Na opinião de Rogers (1951), o auto-conceito abrange todas as características do sujeito de que ele tem consciência sobre as quais ele pensa exercer controlo, sendo o *self* caracterizado como organizador e um modelo conceptual de percepções.

Na tentativa de distinguir as auto-percepções nos diversos domínios Shavelson, Hubner e Staton (1976) desenvolveram um modelo do auto-conceito cujo sistema se mostrou multidimensional e hierarquicamente metódico. Na sua teoria, apresentam uma estrutura hierárquica do auto-conceito, na qual as suas diversas formas se tornam gradualmente distintas ao longo do desenvolvimento. Os autores citados e Shavelson e Bolus (1982) reconheceram que o auto-conceito envolve as seguintes sete características basilares consideradas críticas na definição do auto-conceito: é organizado ou estruturado – as pessoas quando recebem informações de si próprios estabelecem categorias dessa mesma informação e relacionam as categorias umas com as outras; é multifacetado – as facetas pelo qual é constituído espelha um sistema de categorias adoptado pelo próprio sujeito (auto-referência) e/ou compartilhado por um grupo de referência. Apesar de correlacionadas entre si, as diversas facetas podem ser avaliadas como constructos independentes, devido à multidimensionalidade postulada pela teoria. A sua estrutura termina num auto-conceito geral e, dependente deste existe um auto-conceito académico e um auto-conceito não académico. O auto-conceito académico abrange sobretudo a matemática, o inglês, a história e as ciências; o auto-conceito não académico divide-se no auto-conceito físico, emocional e social. Como o auto-conceito físico se refere às aptidões e aparência física, o auto-conceito emocional contempla os estados emocionais específicos que o indivíduo desenvolve e o auto-conceito social os pares sociais e pessoas significativas. Continuando, o auto-conceito é também estável – no topo da hierarquia (auto-conceito geral), mas conforme se desce na organização hierárquica e se alcança o nível das situações específicas (domínios e comportamentos) essa estabilidade tende a atenuar; apresenta um carácter desenvolvimental – tal como o indivíduo progride desde a infância à idade adulta, o auto-conceito torna-se mais específico e distinto; é descritivo e avaliativo – os sujeitos podem descrever-se a si próprios e, ao mesmo tempo, avaliar os seus comportamentos e/ou desempenhos; é diferenciável de outros constructos com os quais pode estar associado teoricamente.

Para Kelly (1955), o comportamento individual e a personalidade podem-se explicar em termos de um complexo de constructos e cognições que o sujeito tem e pelos quais se molda ao mundo tal como este é compreendido. Um constructo pessoal, segundo Kelly, é uma crença pessoal acerca do que dois objectos ou acontecimentos têm em comum e que os

tornam distintos de um terceiro, isto é, os constructos definem-se a partir de um processo, que se denomina de comparações tríades. O sistema do *self* está hierarquicamente organizado em constructos básicos, nos quais o sujeito conserva a identidade, a existência e os constructos periféricos que podem ser alterados sem modificações sérias na estrutura de base (Harter, 1983).

Epstein (1973) realça a motivação como o motor para a edificação da teoria do *self*. Para o autor, o objectivo básico do *self* é otimizar a balança dor/prazer do sujeito em toda a sua vida. Para além deste objectivo básico, a manutenção da auto-estima e a organização dos dados da experiência de forma a ser possível lidar com ela ocupam de igual modo funções basilares. Em termos de organização, a auto-estima ocupa um lugar de topo, como se fosse um postulado de ordem superior.

Por sua vez, Markus e Wurf (1986) referem que o *self* é visto como uma estrutura dinâmica e interpretativa que medeia a maior parte dos processos interpessoais, nomeadamente a percepção social, a comparação social e a interacção social (Markus & Cross, 1990), do processamento de informação, da regulação afectiva e dos processos motivacionais.

Para Lopes (2006), o auto-conceito é um constructo hipotético e inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais, contudo, é fundamental para descrever, explicar e prever o comportamento do sujeito. A sua aceitação torna possível a noção de continuidade do comportamento e da identidade pessoal (Vaz Serra, 1986a). No entanto, Vaz Serra (1988a) salienta, que apesar de hipotético, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais, este constructo, como elemento integrador, tem a utilidade prática de levar a reconhecer que o sujeito, apesar de algumas variações, apresenta uma uniformidade e uma congruência de comportamento, que não podem somente ser imputadas às influências do meio.

Vaz Serra (1986a) refere que em 1977, para Markus o auto-conceito era um conjunto de generalizações cognitivas que organizavam o modo como se processava a informação fulcral para o sujeito. Estes esquemas tornavam-se, gradualmente, mais resistentes à informação que lhes é incoerente. Existe um género de conservadorismo cognitivo, organizador de percepções, memórias, esquemas pessoais de uma relevância exímia para as próprias identidades com que o sujeito se sente implicado. Já em 1987, o auto-conceito para Markus e Wurf é o resultado de uma síntese pessoal que influencia a percepção social, a selecção de situações e indivíduos com os quais se deseja interagir. Na linha destes autores, o auto-conceito consiste na activação das representações do sujeito perante uma situação

específica. A activação dos *working self-concepts* é determinada pelas motivações pessoais aliadas ao conhecimento que o indivíduo apresenta das circunstâncias. Assim, as auto-representações determinam a escolha das pessoas com quem se deseja interagir e o modo de o fazer.

Por sua vez, Silva e Ferreira (2007) referem que o auto-conceito resulta de um processo de interpretação que os sujeitos fazem da realidade, tendo a família um papel influente na sua formação. Defendem, também, que o auto-conceito é o reflexo das opiniões e expectativas dos outros que estão próximos e que são importantes ao indivíduo. Esta teoria destaca o papel fundamental da comunicação interpessoal com os outros significativos na construção do auto-conceito. Ainda segundo os autores referidos anteriormente, um ambiente coeso, unido e expressivo está associado a percepções positivas em dimensões académicas e sociais do auto-conceito, para ambos os sexos. Por sua vez, o conflito familiar revela associações negativas, para ambos os sexos, com o auto-conceito social, emocional, global e assuntos escolares.

Tendo por base Carneiro, Martinelli e Sisto (2003), o auto-conceito integra e organiza a experiência do sujeito, regula os seus estados afectivos e actua como motivador e guia do comportamento. Partindo da interacção com o meio, o sujeito constrói a opinião de si mesmo, repercutindo lentamente no seu desenvolvimento emocional (Cabanach & Arias, 1998, cit. in Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003). A formação do auto-conceito é um processo moroso, que se desenvolve nas experiências pessoais e na relação com os outros. Neste sentido, o modo como os outros reagem ao seu comportamento, aprovando-o ou desaprovando-o, influencia as características do auto-conceito que a criança desenvolverá.

Cardoso, Moura, Pais e Veríssimo (1986) encaram o auto-conceito como uma consequência do processo de atribuição que o indivíduo faz à sua própria pessoa, com características de estabilidade e de unidade no tempo e no espaço.

Mead (1934, cit. in Lopes, 2006) enfatiza a importância das interacções estabelecidas pelo indivíduo com os outros na criação da imagem sobre si. Para este autor, o auto-conceito surge da observação e da interacção do sujeito com os outros, através das quais o sujeito assimilaria as regras sociais e modelaria o seu comportamento de modo a agir adequadamente (como os outros esperam) e destaca a importância das reacções dos outros na percepção que o sujeito tem de si mesmo.

Gecas (1982) caracteriza o auto-conceito como a noção que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral. Também Vaz Serra (1988a) e Faria (2005) encara o auto-conceito como a percepção que o indivíduo tem de si próprio.

No mesmo sentido, Shavelson e Bolus (1982) e Faria (2005) definem o auto-conceito, em linhas gerais, como a percepção que o indivíduo tem de si próprio e que provém das interações com os outros significativos, das auto-atribuições e das experiências do sujeito no seu ambiente social. Deste modo, as percepções que o sujeito edifica acerca de si determinam a forma como actua, o que influirá o modo como o indivíduo se percebe. Faria e Fontaine (1990) adicionam como aspectos particulares, o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimento acerca das aptidões, competências, aparência e aceitabilidade social próprias.

O desenvolvimento do auto-conceito, constructo fulcral da personalidade, é influenciado por variados factores: aspecto físico, nível de inteligência, emoções, padrão cultural, família e *status* social (Gecas, 1982). Quando o desenvolvimento de um auto-conceito irrealista relaciona-se com um conjunto de factores dos contextos de vida do jovem, sobretudo o *feedback* das pessoas significativas sobre a competência pessoal, como por exemplo, a opinião do grupo de pares a que os jovens são especialmente sensíveis e a dos pais, a comparação com os outros e a pressão do contexto escolar ou do desportivo tornam-se cada vez mais exigentes, normativos e competitivos (Faria, 2005).

A este respeito, Vaz Serra (1988b) defende a existência de quatro tipos de influência na construção do auto-conceito: a forma como os outros observam o indivíduo (origina fenómenos em espelho, levando o indivíduo a observar-se da maneira como os outros o consideram); a ideia que o sujeito guarda do seu desempenho em situações específicas; o confronto da conduta do sujeito com a dos pares sociais (com quem se identifica); e a avaliação de um comportamento específico em função dos valores veiculados por grupos normativos. Cada um destes factores colabora para a constituição do auto-conceito com características positivas ou negativas.

A noção que o sujeito tem de si próprio atravessa, condensa ou captura a essência de muitas outras variáveis (motivos, necessidades, atitudes, valores, personalidade) e, assim, funda uma variável mais elementar e mais central com que se pode lidar (Fitt, cit. in Vaz Serra, 1986a). O mesmo autor alega, que quanto melhor o auto-conceito, melhor é o desempenho do sujeito desde que em situação de igualdade relativamente a aptidões com os que lhe servem de comparação. Neste sentido, o fracasso escolar, o sucesso e promoção na

carreira, as dificuldades de relacionamento interpessoal podem não estar relacionadas com as qualidades intelectuais, mas serem meramente o reflexo de um auto-conceito pobre.

Na opinião de Carapeta, Ramires e Viana (2001), o auto-conceito enquanto parte integrante que é da personalidade, influi o comportamento de variadas formas e poderá ser compreendido como a ideia que cada indivíduo forma acerca de si mesmo, das suas competências, atitudes e valores nas diversas esferas existenciais: física, social ou moral.

O auto-conceito académico e as percepções das outras pessoas podem ser generalizados para outras características, como as suas capacidades intelectuais gerais, as suas capacidades para resolver situações problemáticas, a sua curiosidade e motivação ou a sua maturidade. Crianças com auto-estima elevada, comparativamente a crianças com auto-estima baixa, usualmente, auferem melhores desempenhos escolares, sentem-se responsáveis pelos seus próprios sucessos e insucessos, possuem mais amigos, são mais competitivas, compreendem o seu relacionamento com os seus pais de uma forma mais positiva, relacionam-se melhor com as outras pessoas, tendem a confiar mais nas suas potencialidades e em si próprias, são mais persistentes nas actividades, não receiam as falhas, pois vêem-nas como parte da aprendizagem e tendem a evitar situações que colocam a sua integridade física e psíquica em risco (Simões, 1997, in Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003).

Peixoto e Rodrigues (2005), numa investigação com alunos do 7º, 9º e 11 anos, verificou a existência de uma relação positiva entre a qualidade do relacionamento familiar com a auto-estima e as diferentes dimensões de auto-conceito dos adolescentes, ou seja, os pais que reforçam positivamente os seus filhos em relação ao seu desempenho académico ao longo das aprendizagens promovem o seu auto-conceito académico e a sua auto-estima global. Assim, valores elevados de auto-conceito e de auto-estima estão associados a níveis superiores de apoio social e de envolvimento parental na vida académica dos estudantes.

Como Rappaport (1981, cit. in Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003) afirma, na idade escolar a criança começa a viver situações que terão implicações na formação do seu auto-conceito, no sentido de se sentir ou não competente na realização das suas tarefas. Erikson (1976, cit. in Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003) afirma ser esta etapa social a mais decisiva, pois implica realizar tarefas ao lado dos outros e com os outros, desenvolvendo-se, então, um primeiro juízo a respeito da divisão da tarefa e da oportunidade diferencial.

Na opinião de Cabanach e Arias (1998, cit. in Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003), uma criança que viveu várias experiências de fracasso escolar apresenta baixa expectativa de êxito, escassa persistência na execução das tarefas e baixa auto-estima. Consequentemente,

possui baixa motivação e manifesta sentimentos negativos relativamente aos estudos, às tarefas e em relação a si própria, apresentando diferenças significativas em relação aos seus pares que não manifestavam fracasso escolar. Também Stevanato e colaboradores (2003, cit. in Pinola, Prette & Prette, 2007) verificaram no seu estudo que as crianças com dificuldades de aprendizagem apresentavam dificuldades sociais e familiares e comprometimento no auto-conceito, em termos de pensamento e afectividade. No estudo de Prette (2003, cit. in Pinola, Prette & Prette, 2007) constatou-se a existência de comprometimento na auto-avaliação e no auto-conceito, uma vez que as crianças avaliaram-se de forma menos positiva.

Como se constata, o auto-conceito não tem só uma formação interpessoal, pois não é só influenciado pelos pensamentos, sentimentos e acções do próprio sujeito, como também por pensamentos, sentimentos e acções dos parceiros de interacção social (Vaz Serra, 1986b).

Se se entender, como Vaz Serra (1986a), que as avaliações que um sujeito faz do seu próprio comportamento dependem das avaliações que os outros lhe fazem, percebe-se a sua significação na educação em geral, no rendimento escolar e na interacção social. Se a família satirizar, constantemente, uma criança por se comportar desadequadamente, estas avaliações passarão, presumivelmente, a constituir um padrão de auto-avaliação nesta criança em desenvolvimento, sendo muito natural que se torne um adulto com um auto-conceito pobre. Este auto-conceito pobre é a estrutura psicológica vulnerável que pode levar o sujeito a auto-desvalorizar-se e a culpabilizar-se, afectando constantemente a sua auto-estima. Esta vulnerabilidade torna mais plausível a descompensação, podendo levar facilmente a algum tipo de morbidade.

O auto-conceito em diversas áreas está claramente relacionado com problemas emocionais e comportamentais na infância, confessando algumas associações específicas com determinados resultados. Newmann, Shafer, Kaminski, Vicent e Ramos (2002) verificaram que os problemas de internalização mostravam associações negativas de maior grandeza com o auto-conceito nas áreas da capacidade física, aparência e da relação com os pares, e os problemas de externalização exibiam associações negativas de maior extensão com o auto-conceito nas áreas escolar e da relação com os pais.

Os pais sensíveis e que respondem às necessidades do filho fazem com que a criança produza a sensação de que é competente para despertar cuidados por parte dos outros, aumentando as suas expectativas de eficácia pessoal, que são facilmente universalizáveis a outros contextos. Por outro lado, as figuras inconscientes ou rejeitantes produzem na criança a sensação de incompetência para gerar respostas apropriadas por parte dos outros, resultando

em expectativas de ineficácia pessoal e baixo auto-conceito. Diversos estudos (Gullone & Robinson, 2005; Jacobsen, Edelstein & Hofman, 1994; Luke, Maio & Carnelley, 2004; Oppenheim, 1997) evidenciam uma associação positiva entre vinculação segura e auto-estima na infância e adolescência. Luke e colaboradores (2004) apuraram no estudo da relação entre insegurança/segurança na vinculação, modelos internos dinâmicos e auto-estima em adolescentes uma menor ansiedade na vinculação e representações mais positivas de si relativamente a questões de vinculação, estando associados a uma auto-estima mais elevada.

Com as experiências obtém-se um dado auto-conceito, que, por seu lado, proporciona o desenvolvimento de determinadas expectativas, desempenhando um papel decisivo na vida de cada um. É neste contexto que é estabelecida a associação da aquisição de determinado resultado através da execução de um comportamento, tanto pela experiência directa do sujeito, como pelos relatos de ocorrências passadas com outros sujeitos (Vaz Serra, Antunes & Firmino, 1986c).

Vaz Serra e colaboradores (1986c) afirmam que sujeitos com bom auto-conceito têm tendência a desenvolver expectativas mais positivas e vice-versa. Estes resultados são relevantes visto que as expectativas são mediadoras da acção e, por isso, facilitam ou inibem o comportamento do sujeito. Neste sentido, deve-se reconhecer a relevância do auto-conceito nos mais diversos comportamentos, desde a motivação, à delinquência, ao comportamento escolar e mesmo ao envolvimento na reabilitação (Vaz Serra, 1986a).

No quotidiano, o auto-conceito e a interacção social continuam relacionados, visto que o modo como o sujeito se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, nas tarefas que tenta, as tensões emocionais que vive e o modo como subsequentemente se percebe (Wells & Marwell, 1976 cit. in Vaz Serra, 1986a). Quanto mais positivo o auto-conceito, mais efectivo é o funcionamento do sujeito (Fitts, 1972, cit. in Vaz Serra, 1986c, d). Quanto mais o sujeito confiar nas suas competências pessoais, maior e mais perseverante será o empenho que empregará para lidar com as obstáculos e menor será a probabilidade de se transformarem, com a respectiva activação fisiológica (Matos, Canavarro & Vaz Serra, 1996) e, mais indubitavelmente, o seu desempenho será satisfatório e gratificante.

Num estudo, Vaz Serra (1989) constatou que há uma relação positiva, muito significativa, entre o auto-conceito e os comportamentos de lidar com os estados de tensão, sugerindo que quanto melhor o auto-conceito mais positivos e ajustados são, na generalidade, os comportamentos de lidar com as situações de *stress*. Prevê-se, então, que um auto-conceito

mais favorável, possibilitará um melhor modo de lidar com a doença crónica, enquanto indutor de *stress*.

Para Harter (1985) existem distintos domínios do auto-conceito em função dos domínios de competência mais evidentes para cada fase do desenvolvimento: em relação ao auto-conceito de crianças em idade escolar, propõe a competência cognitiva/académica, a aceitação social, a competência atlética, aparência física e o comportamento. Segundo a autora, as crianças em idade escolar são capazes de efectuar avaliações específicas nos domínios atrás referidos e capazes de desenvolver uma avaliação geral de si. Por isso, a autora sugere um outro domínio, designado de auto-estima, que se traduz pelo modo como a criança se avalia e se aceita a si mesma enquanto pessoa. Este conceito de auto-estima enfatiza a natureza hierárquica dos processos auto-avaliativos, e afasta-se de concepções que perspectivam a auto-estima como a soma das respostas a um variado número de itens alusivos a competências e atributos específicos.

Na opinião de Harter (1983, 1985), o grau de competência nos domínios que se pensa essenciais é um importante determinante da auto-estima. Os resultados de alguns estudos indicam justamente que é a competência em domínios que o sujeito julga relevantes que apresenta correlações mais fortes com a auto-estima global e que a baixa percepção de competência num determinado domínio pode não influir negativamente a auto-estima se o sujeito não valoriza aquele domínio da vida (Shapka & Keating, 2005).

As componentes do auto-conceito são variadas, porém, algumas delas, devido ao seu interesse, como a auto-estima, auto-eficácia e a auto-imagem são mais frequentemente referenciadas pelos diversos autores.

A auto-estima é uma faceta do auto-conceito que trata do processo avaliativo que o sujeito estabelece sobre as suas qualidades e desempenhos. É com a parte afectiva do auto-conceito que o sujeito faz juízos de si mesmo e que liga sentimentos bons e maus aos diversos dados da própria identidade (Vaz Serra, 1986a).

Para Hamachek (1979, cit. in Peixoto, 1999) a auto-estima refere-se à extensão na qual apreciamos ou enalteçemos o “*self*”. De acordo com o autor, o auto-conceito e a auto-estima caracterizam respectivamente, o que se pensa e se sente acerca de nós próprios. Nesta linha de ideias, Searcy (cit. in Azevedo, 1999), considerando que o auto-conceito se refere às percepções que o sujeito constrói acerca de si próprio, a partir da avaliação das suas competências e desempenhos, na presença de aspectos cognitivos, afectivos e comportamentais, refere-se à auto-estima como a forma como nos sentimos face às nossas

competências e desempenhos. Deste modo, a auto-estima é a valoração que o sujeito faz das variadas percepções que construiu sobre si mesmo.

Vaz Serra (1986a), citando Wells e Marwell, acrescenta que a auto-estima, para além de se basear no sentido da competência, poder ou eficácia, profundamente ligada à execução eficaz e aos processos de auto-atribuição e de comparação social, é igualmente baseada no sentido de virtude ou de valor moral, consideração representativa do valor pessoal, está ligada a normas e valores respeitantes a comportamento pessoal e inter-pessoal, em termos de justiça, de reciprocidade e de honra.

Para Epstein (1973) a auto-estima alcança-se da relação com todos os aspectos do sistema do (EU) e é considerada como a necessidade mais importante desse sistema. Também para Bariaud e Bourcet (1994) a auto-estima inclui um olhar sobre o EU e intercede como factor regulador do conhecimento e da acção, assumindo, desta forma, um carácter predominante no auto-conceito. Na opinião de Bariaud e Bourcet (1994), o estudo da auto-estima é atractivo porque surge do facto desta ser uma “cognição forte”, uma vez que é uma combinação complexa de cognições e afectos colocando em evidência a dinâmica da ligação entre estes dois domínios do funcionamento psicológico.

James (1980) considera a auto-estima como um factor específico do auto-conceito e define-a como a razão entre o êxito e as ambições pessoais. Assim, o nível do alcance do que o sujeito deseja, determina a sua auto-estima, podendo ampliar, tanto pelo êxito obtido, como pelas ambições do sujeito. Neste sentido, a pessoa é encarada como um ser activo, visto que pode definir objectos e metas, tal como em se empenhar para as conseguir, colaborando, assim para a construção social do EU (Bednar & Peterson, 1995; Mead, 1934, cit. in Lopes, 2006; Sullivan, 1953).

Para Rosenberg (1986) a diferença entre *selves* é muito importante para explicar a auto-estima e, por isso, propôs uma classificação em três categorias: o *self* íntimo, que equivale ao modo como a pessoa se observa a si própria em privado; o *self* desejável, que representa o modo como a pessoa desejaria ser e o *self* apresentável, isto é, a imagem que se tenta difundir aos outros.

No *self* privado, Rosenberg (1986) distingue auto-confiança de auto-estima. Enquanto que a auto-confiança se refere à expectativa de êxito ao lidar com desafios e obstáculos, a auto-estima é um sentimento afectivo de auto-aceitação e de auto-valorização. Posto isto, apesar da auto-confiança poder colaborar para a auto-estima, os dois não são sinónimos. O *self* desejável fragmenta-se em dois elementos centrais: o idealizado e o de compromisso que

equivale à parte do *self* desejável que o sujeito julga deveras poder tornar-se. Um terceiro elemento reconhece o *self* moral que incorpora um conjunto de padrões e valores com os quais o sujeito se sente coagido, mais do que com a sua imagem real. Se a pessoa agir de forma a violar os padrões morais, vivência a auto-condenação, que representa uma ameaça directa à auto-estima, mais do que outros fracassos. O *self* moral pode ser diferente da imagem que o sujeito privadamente retém e, desta forma, pode entrar em conflito com outros elementos do *self*, tendo repercussões relevantes no desenvolvimento da auto-estima.

A auto-eficácia é um processo cognitivo, uma vez que lida com julgamentos percebidos ou avaliações feitas pelos sujeitos acerca da sua capacidade para desempenhar correctamente uma determinada tarefa específica (Azevedo, 1999, cit. in Lopes, 2006).

Bandura (cit. in Marlatt & Gordon, 1993) distingue a auto-eficácia de conceitos relacionados com a auto-estima (competência percebida no desempenho de situações específicas) ou com o auto-conceito (auto-imagem global entre uma vasta diversidade de situações). Estas expectativas globais e específicas podem ser inconsistentes umas com as outras, pois um sujeito com auto-imagem geral muito positiva, pode sentir-se incompetente de realizar actos específicos, como tocar piano, pintar, entre outros.

Por sua vez, Palenzuela (1997, cit. in Lopes, 2006) entende a auto-eficácia como as auto-percepções nas quais o sujeito crê e confia na sua capacidade e eficácia para encarar o meio ambiente com efectividade e sucesso, levando assim aos resultados pretendidos.

Com o objectivo de clarificar o auto-conceito e auto-eficácia, Pajares e Miller (1994, cit. in Lopes, 2006) afirmam que a auto-eficácia refere-se à avaliação, num contexto específico, das competências do sujeito essenciais à realização de uma determinada tarefa com êxito. Em relação ao auto-conceito, os autores consideram que em situações de auto-avaliação em áreas específicas do auto-conceito (matemática, história, entre outras), essa avaliação não se reporta a tarefas específicas que permitam a representação de competências (Azevedo, 1999, cit. in Lopes, 2006).

Resumindo, a auto-eficiência define-se como “a capacidade de se adaptar à vida normal do dia-a-dia e a situações ameaçadoras” (Kaplan *et al.*, 1997, cit. in Lopes, 2006) e eliminar possíveis padrões de comportamentos negativos através de modificações do comportamento, levando o sujeito a aprender técnicas alternativas a partir de outros modelos e papéis (positivos).

Quanto à auto-imagem, Rosenberg (1986) caracteriza-a como o conjunto de percepções formadas quando o sujeito se constitui como objecto. Mais importante que a sua

variedade, é o valor que cada sujeito confere às auto-imagens e à hierarquia que estabelece entre elas. O sujeito dá maior relevo às auto-imagens que atribui mais importância (ex: auto-imagem como profissional), são mais estáveis e consistentes, e situam-se, por isso, num plano hierárquico superior.

Comparar auto-imagem e imagem ideal parece exercer um papel essencial na auto-avaliação, sendo a extensão da sua diversidade vista como um indício de desajustamento emocional.

Para além das distinções entre auto-imagem, auto-percepção e auto-estima, também se distingue o auto-conceito real do auto-conceito ideal, sendo o primeiro o modo como o sujeito se percebe e se avalia como é na realidade e o segundo a forma como o sujeito sente que deveria ou gostaria de ser. Este estará mais relacionado com as normas culturais e os valores pessoais que determinado meio tenta impingir. A diferença entre o auto-conceito ideal e o auto-conceito real traduz o índice de aceitação e satisfação pessoal e ajustamento pessoal (Vaz Serra, 1986a, d).

O auto-conceito global representa um sentimento de valor pessoal que não se reduz à soma das partes, exigindo a realização de um resumo do valor pessoal global a partir dos diversos domínios do auto-conceito (Faria & Fontaine, 1995, cit. in Faria, 2005). Como tem sido referido, o jovem desenvolve variados auto-conceitos em função dos diversos papéis sociais que necessita contrair, concretamente, enquanto filho, aluno, colega, namorado, atleta. Assim, as variadas medidas de avaliação do auto-conceito englobam variadas dimensões, que vão crescendo à medida que vivemos (Faria, 2005).

A “pedagogia da conquista da autonomia” vê o auto-conceito como um processo que se desenvolve à volta de desafios e em que tanto é possível lucrar com o erro como com o sucesso, ambos promotores da capacidade dos sujeitos para serem não somente actores ou, até, sujeitos passivos nos diversos contextos de vida, mas para se transfigurarem, nomeadamente, em autores e agentes activos nos variados contextos da sua vida (Faria, 2005).

3.2- DIFERENÇAS INDIVIDUAIS NO AUTO-CONCEITO

Simões (2000) refere que grande parte dos estudos efectuados nos anos 80 tende a mostrar diferenças significativas no auto-conceito entre os indivíduos do sexo masculino e feminino, tendo estes últimos níveis inferiores. Contudo, Vaz Serra (1986b) afirma que apesar

da média do auto-conceito no sexo feminino ser, ligeiramente, superior do que a do sexo masculino, esta diferença não se demonstrou estatisticamente significativa no estudo.

Para Gecas (1982) há fases na vida que se prevê a existência de mudanças no auto-conceito. O auto-conceito com valores mais baixos corresponde à meia-idade e, de seguida, aos adultos jovens. A meia-idade é uma fase de vida vulnerável, em que a pessoa sente, mais do que em outras fases, a sobrecarga da vida, em termos económicos e profissionais. A fase dos adultos jovens corresponde, muitas vezes, à época do primeiro emprego. Assim, pode então pensar-se, que existe uma relação entre o auto-conceito e os factores de natureza socioeconómica. Todavia, apesar de Veiga (1989, cit. in Simões, 2000) referir que a maioria das investigações mostra que não existem diferenças significativas nos resultados alcançados por indivíduos de diferentes grupos etários, este verificou na sua investigação que os alunos mais velhos (15-19 anos) exibem níveis de auto-conceito claramente inferiores aos dos alunos mais novos (12-14 anos). Ainda no mesmo estudo, Veiga (1989, cit. in Simões, 2000) deixou em aberto a possibilidade de influência pontual de variáveis como a zona geográfica, visto que parece existir discrepâncias em algumas dimensões do auto-conceito entre alunos do litoral e do interior e do nível socioeconómico, sendo que alunos de nível socioeconómico inferior expõem um auto-conceito mais negativo, comparativamente a sujeitos de nível socioeconómico superior.

3.3- SUPORTE FAMILIAR E AUTO-CONCEITO

O impacto que a família exerce na construção do auto-conceito e da auto-estima do adolescente pode ser considerado em diversos níveis. Por um lado, as avaliações que os vários membros da família fazem acerca do adolescente relacionam-se com as representações que o adolescente constrói sobre si mesmo (Eccles, 1993; Marsh & Craven, 1991; Pierrehumbert, Plancherel, & Jankech-Caretta, 1987, cit. in Peixoto, 2004). Por outro lado, as próprias dinâmicas das relações familiares vão influir as distintas dimensões do auto-conceito. O suporte emocional fornecido pela família é um dos aspectos das dinâmicas das relações familiares que surge muitas vezes associado à construção das representações sobre si mesmo. Assim, de acordo com Wenz- Gross, Siperstein, Untch, e Widaman (1997, cit. in Peixoto, 2004) a existência de um baixo suporte emocional por parte da família está relacionado com o baixo auto-conceito académico. No estudo de Connel, Spencer e Aber (1994, cit. in Peixoto,

2004) os resultados indicaram que o suporte emocional e social proporcionado pelos pais está positivamente associado com a percepção de competência, as relações com os pares e a motivação escolar. Similarmente Feldman e Wentzel (1990, cit. in Peixoto, 2004) mencionam a existência de uma relação positiva entre o suporte fornecido pela família e a qualidade das relações estabelecidas com os pares. Noller e colaboradores (1992, cit. in Peixoto, 2004), na sua investigação, constataram resultados que evidenciaram a existência de uma relação positiva entre os níveis de intimidade e de funcionamento democrático no relacionamento familiar, com as diversas dimensões do auto-conceito. Veiga (1988) no seu estudo sobre a relação entre a percepção da mãe e o auto-conceito geral e académico concluiu que altos níveis de interacção pais-filhos estão associados com altos níveis de auto-conceito e, em menor grau, com o rendimento escolar, uma vez que verificou que os alunos com alto rendimento académico possuem um auto-conceito mais elevado, que o auto-conceito é influenciado pelo rendimento escolar e pelo tipo de mãe com que os alunos convivem e constatou que com uma mãe permissiva os alunos apresentam um auto-conceito mais elevado do que os que descrevem a mãe como autoritária. Todavia, esta diferença é menos evidente no auto-conceito académico.

Para além de atingir as diferentes dimensões do auto-conceito, as dinâmicas estabelecidas no seio da família parecem, também, associar-se com a auto-estima (Bishop & Inderbitzen, 1995, cit. in Peixoto, 2004; Harter, 1990, 1993, 1996, 1999, cit. in Peixoto, 2004; Ryan, Stiller, & Lynch, 1994, cit. in Peixoto, 2004). Numa investigação realizada com adolescentes Lord, Eccles e McCarthy (1994, cit. in Peixoto, 2004) mostram que a percepção de tomadas de decisão mais democráticas, por parte da família, se coliga a incrementos na auto-estima. Por sua vez, Harter (1996, 1999, cit. in Peixoto, 2004), ao referir-se aos vários géneros de suporte, assegura que é o suporte sob a forma de aprovação o que mais se relaciona com a auto-estima.

Porém, importa referir que as avaliações das outras pessoas não têm todas o mesmo valor. Neste sentido, Simões (1997, cit. in Lopes, 2006) realça que os outros significativos são as pessoas que têm significado para o sujeito, significado que é essencialmente afectivo; são as pessoas cujas ideias, valores, formas de estar na vida, que nós, enquanto sujeitos, atribuímos um significado muito especial, chegando mesmo a identificarmo-nos com elas, total ou parcialmente. Posto isto, a interferência dos pais no desenvolvimento do auto-conceito é inquestionável, mas, para além destes, o papel dos professores e colegas é igualmente relevante, uma vez que muito tempo da vida do sujeito é passado na escola.

Também para Wylie, Miller, Cowles e Wilson (1979), a família é importante para a formação do auto-conceito, porque para além de funcionar como modelo e fonte de reforço, sobretudo, os pais, influenciando as ideias, sentimentos que o filho tem sobre si próprio, o tipo de pessoa que deveria ser, é ainda um mediador parcial relativamente às variáveis raça, sexo e estatuto socioeconómico. A auto-aceitação da criança está associada ao modo como percebe que os pais a aceitam, mas também associada à semelhança que prevê existir entre si e os progenitores. As famílias desestruturadas proporcionam um mau desenvolvimento do auto-conceito, e, no caso de ruptura de seus laços, podem ser mais prejudiciais do que a morte dos pais. Apesar da ordem de nascimento e o tamanho da família não revelar influência significativa na formação do auto-conceito, os filhos únicos rapazes ostentam uma melhor auto-estima.

Igualmente Cornell e colaboradores (1990) chamaram a atenção para a influência das outras pessoas no desenvolvimento do auto-conceito, mas nomeadamente dos pais, uma vez que são logicamente as primeiras pessoas significativas com as quais a criança estabelece relações afectivas básicas para o desenvolvimento da auto-estima. Neste sentido, Vaz-Serra e colaboradores (1987a/c) concluíram, no seu estudo sobre a importância das relações pais/filhos, que quanto mais positiva a atmosfera familiar e a relação com a mãe e o pai, melhor é o auto-conceito, ou seja, uma má relação com os pais gera um mau auto-conceito e, conseqüentemente, mau ajustamento do sujeito. Os autores verificaram ainda que a tolerância, compreensão, ajuda e incentivo para vencer as dificuldades são essenciais para a criação de um bom auto-conceito nos filhos. Outros estudos também mostram que o auto-conceito está ligado a expectativas positivas do sujeito acerca de si próprio (Vaz Serra & Firmino, 1986) e, se relaciona com a atribuição do reforço obtido em determinada situação pelo seu próprio esforço (*locus* de controlo interno) e não devido à influência de outros poderosos (*locus* de controlo externo) (Vaz Serra *et al.*, 1987b). Similarmente Carneiro, Martinelli e Sisto (2003), consideram que as pessoas que têm influência na construção do auto-conceito da criança normalmente são os adultos importantes na sua vida, como os pais e professores que, na maioria, exercem algum controlo sobre a criança. Se a criança vive situações de insucesso, provavelmente adicionará essa ideia ao seu auto-conceito, mesmo que não conduza com a realidade. Por outro lado, se as suas qualidades positivas forem salientadas, tende a ter uma auto-estima elevada. Também as avaliações pessoais podem não ser avaliações ponderadas, visto que algumas resultam de comparações sociais. Nestas, o grupo é fonte de normas e valores e de padrões de auto-avaliação (Vaz Serra, 1986a).

Por fim e segundo a investigação de Peixoto (2004), a qualidade da relação familiar, percebida pelos adolescentes, relaciona-se quer com a auto-estima quer com as várias dimensões do auto-conceito. Entre estas é de salientar as diferenças encontradas nas dimensões interpessoais do auto-conceito, as quais sustentam os resultados de outras investigações (Connel *et al.*, 1994, cit. in Peixoto, 2004; Feldman & Wentzel, 1990, cit. in Peixoto, 2004) que referem a existência de uma relação entre o suporte social proporcionado pela família e as relações estabelecidas com os pares. Uma possível justificação, de acordo com Feldman e Wentzel (1990, cit. in Peixoto, 2004), é que as relações no seio da família podem servir como modelos para o desenvolvimento das relações com os pares, levando ao estabelecimento de relações positivas com os colegas, provocando, como consequência, um incremento nas dimensões sociais do auto-conceito.

ESTUDO EMPÍRICO

1- DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS DO ESTUDO

Após a realização do enquadramento teórico, essencial para a fundamentação e contextualização da temática em análise, torna-se visível, tanto quanto é do nosso conhecimento, que não existe qualquer estudo que avalie o auto-conceito e as relações entre pais e filhos com deficiência mental ligeira. Assim, decidiu-se realizar esta investigação, classificada como exploratória, essencialmente descritiva e transversal, cujos resultados ou sugestões levantadas podem contribuir para um melhor conhecimento desta população, das suas especificidades e seu funcionamento. Por isso, o objectivo geral desta investigação é contribuir para o aprofundar do conhecimento em áreas específicas da população com deficiência mental, nomeadamente, avaliar e compreender o auto-conceito e as relações entre pais e filhos junto de sujeitos com deficiência mental ligeira. Tal conhecimento poderá contribuir, deste modo, para uma intervenção mais adequada junto desta população.

Constituíram-se como objectivos específicos da presente investigação:

- 1- Verificar a existência de uma associação entre a relação pais/filhos e o auto-conceito em sujeitos portadores de deficiência mental ligeira;
- 2- Verificar o papel do sexo dos sujeitos a nível das relações pais/filhos e do auto-conceito;
- 3- Verificar o papel da idade nas variáveis auto-conceito e relações pais/filhos.

2- HIPÓTESES

Partindo dos objectivos anteriormente delimitados, esta investigação, embora mantendo o seu carácter exploratório, assenta, considerando a reflexão sobre a literatura, num conjunto de hipóteses de trabalho que a seguir se apresenta:

H1: Existe uma associação entre as relações pais/filhos e o auto-conceito.

H2: O sexo dos sujeitos não tem relevância significativa a nível das relações pais/filhos e do auto-conceito;

H3- Existe uma diferença entre o grupo de adolescentes e jovens adultos com deficiência mental ligeira (15-30 anos) e o dos adultos com deficiência mental ligeira (31-61 anos) em termos de relações pais/filhos e de auto-conceito.

3- MÉTODO

Nesta fase do trabalho, será apresentada e caracterizada a amostra estudada, os instrumentos utilizados na recolha dos dados e os procedimentos efectuados.

3.1- AMOSTRA

A amostra do estudo é constituída maioritariamente por formandos que frequentam o programa de Formação e Reabilitação Profissional (62.79%) nas instituições contactadas pela autora do presente estudo. Devido à dificuldade em recrutar um tamanho adequado para a amostra, foi necessário recolher dados em seis instituições distintas (APPACDM de Albergaria-a-Velha – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Albergaria-a-Velha, APPACDM de Aveiro – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Aveiro, APPACDM de Anadia – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Anadia, CASCI – Centro de Acção Social do Concelho de Ílhavo, Cerciaz – Centro de Recuperação de Crianças e Jovens Deficientes e Inadaptados de Oliveira de Azeméis e Cercilamas – Cooperativa de Educação e Reabilitação para a Comunidade Inclusiva de Sta. Maria de Lamas).

A razão que levou à escolha destas instituições deve-se ao facto de a autora do estudo, para além de se interessar pelas especificidades da população nelas existente, ser psicóloga numa das instituições e, por isso, conhecer os Directores Técnicos da valência da Formação Profissional ou os Presidentes, estando assim facilitada a obtenção das autorizações por parte destes para a aplicação dos instrumentos utilizados na investigação.

Como se pretendia realizar um estudo com sujeitos com deficiência mental, devido ao interesse por tais sujeitos e à influência do próprio local de trabalho da autora do estudo, e considerando que as respostas aos instrumentos da população com deficiência mental ligeira

seriam mais fiáveis e credíveis comparativamente às respostas dos sujeitos com outros graus mais graves de deficiência mental, tal como já foi referido, a maioria da amostra proveio da valência da Formação Profissional (62,79%) (tabela 3), cujo critério para a sua frequência passa pelo facto de o sujeito ser detentor de deficiência mental ligeira. A totalidade da amostra não é constituída apenas por elementos da valência da Formação Profissional devido à escassez de vagas na valência e devido à ausência desta em determinada instituição, encontrando-se, neste caso, os sujeitos com deficiência mental ligeira na valência do Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) (22.48%) (tabela 3). Para além destas valências, uma das instituições contém também o Centro de Emprego Protegido (CEP), tendo contribuído com 14.73% (tabela 3) da amostra total, cujo critério é de igual modo definido pela detenção de deficiência mental ligeira.

Assim, foram recolhidos 137 inquéritos, dos quais 135 produziram dados válidos. Como se pode verificar (Tabela 1), 45.19% dos inquiridos são do género masculino e 54.81% do género feminino, sendo que a maior parte são solteiros (89.63%) mas também se registaram oito situações de casado/união de facto (5.93%) e seis situações de separado/divorciado (4.44%). O meio onde residem, por sua vez, é predominantemente rural (76.30%).

Tabela 1. Caracterização da amostra – género, estado civil, escolaridade e meio

	N	%
Género		
Feminino	74	54.81
Masculino	61	45.19
Estado civil		
Solteiro (a)	121	89.63
Casado (a)/união de facto	8	5.93
Separado (a)/divorciado (a)	6	4.44
Viúvo (a)	0	0
Família reconstituída	0	0
Escolaridade ^{a)}		
Sem escolaridade	22	16.42
Frequência do 1º ciclo	26	19.40
1º ciclo	25	18.66
2º ciclo	32	23.88
3º ciclo	28	20.90
Ens. Secundário	1	0.75
Meio		
Rural	103	76.30
Urbano	32	23.70

As Relações Pais/Filhos e o Auto-conceito em sujeitos
com Deficiência Mental Ligeira

	N	%
Género		
Feminino	74	54.81
Masculino	61	45.19
Estado civil		
Solteiro (a)	121	89.63
Casado (a)/união de facto	8	5.93
Separado (a)/divorciado (a)	6	4.44
Viúvo (a)	0	0
Família reconstituída	0	0
Escolaridade ^{a)}		
Sem escolaridade	22	16.42
Frequência do 1º ciclo	26	19.40
1º ciclo	25	18.66
2º ciclo	32	23.88
3º ciclo	28	20.90
Ens. Secundário	1	0.75
Meio		
Rural	103	76.30
Idade		
Até 20 anos	33	24.44
21-30 anos	48	35.56
31-40 anos	37	27.41
41-50 anos	12	8.89
51 ou mais anos	5	3.70

^{a)} Um sujeito não respondeu

Em seguida, proceder-se-á a uma breve caracterização dos sujeitos da amostra no que concerne à variável idade e ao número de anos de escolaridade.

Como se pode constatar (Tabela 2), a idade dos inquiridos oscilou entre os 15 e os 61 anos com uma média de 28.87 anos (DP=10.40) e a escolaridade variou entre zero anos e 12 anos de escolaridade com uma média de 4.68 (DP=3.31). 16.42% da amostra não tem qualquer escolaridade, e a moda situa-se no 2º ciclo (23.88%).

Tabela 2. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da idade e do número de anos de escolaridade

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	15	61	28.87	10.40
Anos de escolaridade	0	12	4.68	3.31

Observando agora a Tabela 3, respeitante à forma como se distribuem os inquiridos pela caracterização profissional, constata-se que a maior fatia da amostra está em formação profissional na instituição (62.79%) e apenas 6.06% estão no mercado de trabalho. Relativamente ao nível de satisfação com a área profissional, 47.76% estão satisfeitos e 50.00% estão muito satisfeitos.

A área mais representada é a restauração / hotelaria / limpeza com 26.92%, seguida da frequência no CAO com 20.77%.

Tabela 3. Caracterização profissional

	N	%
Valência		
Formação profissional na instituição	81	62.79
CEP	19	14.73
CAO	29	22.48
Mercado trabalho		
Sim	8	6.06
Não	124	93.94
Satisfação		
Insatisfeito	3	2.24
Satisfeito	64	47.76
Muito satisfeito	67	50.00
Curso ^{a)}		
Costura / artesanato	16	12.31
Restauração / hotelaria / limpeza	35	26.92
Carpintaria	11	8.46
Agricultura / hortofloricultura / jardinagem	19	14.62
Olaria	6	4.62
Artes gráficas	3	2.31
Mecânica / reparações	6	4.62
Cortiça	7	5.38
CAO	27	20.77

^{a)} Informação indisponível para cinco inquiridos

Assumindo, neste momento, como objectivo a contextualização do meio familiar no qual se encontram inseridos os indivíduos da amostra em estudo, parece pertinente caracterizar os pais dos mesmos em relação à sua idade.

Deste modo, dada a amplitude de idades dos inquiridos, ocorre, como também seria de esperar, uma grande amplitude na idade dos pais (Tabela 4). A idade das mães variou entre 33

anos e 82 anos, com uma média de 52.08 (DP=11.27) e a idade dos pais variou entre 36 anos e 93 anos, com uma média de 53.95 (DP=12.16).

Tabela 4. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão da idade dos pais

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade da mãe	33	82	52.08	11.27
Idade do pai	36	93	53.95	12.16

Atendendo de seguida à caracterização dos pais dos sujeitos inquiridos, no que concerne ao seu estado civil e profissão, considera-se que parte da amostra tinha pelo menos um dos progenitores falecidos, 23.81% de mães e 25.00% de pais. No que diz respeito ao estado civil, é mais frequente o casado ou em união de facto, especificamente, 74.40% das mães e 79.28% dos pais (Tabela 5).

As profissões foram classificadas recorrendo à Classificação Nacional das Profissões (CNP-94). A CNP-94 faz a revisão da CNP-80, tendo por base a CITP-88 (*Classification internationale type des Professions*). A CNP tem dois grandes objectivos, a comparação internacional e a elaboração de estatísticas nacionais, sendo, por isso, uma obra de referência. Em termos conceptuais, a CNP baseia-se em dois conceitos: a natureza do trabalho efectuado e a competência. A natureza do trabalho efectuado está relacionada com o conjunto de funções exercidas pelo trabalhador e são agrupadas em função das tarefas e exigências. As competências são as capacidades para desempenhar as tarefas inerentes a um determinado emprego, e engloba o nível das competências (função da complexidade e diversidade das tarefas) e o tipo de competências (relaciona-se com a amplitude dos conhecimentos exigidos, utensílios e máquinas utilizados, material sobre o qual trabalha, natureza dos bens produzidos e serviços prestados). Os grandes grupos constituem-se por:

1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas.
2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas.
3. Técnicos e profissionais de nível intermédio
4. Pessoal administrativo e similares.
5. Pessoal dos serviços e vendedores.
6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca.
7. Operários, artífices, e trabalhadores similares
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.
9. Trabalhadores não qualificados

- 10. Doméstica
- 11. Reformado
- 12. Desempregado
- 13. Estudante

Nesta investigação, devido à existência da condição de doméstica, reformado, desempregado e estudante, tais categorias foram incluídas para caracterizar as situações face ao trabalho que não estão previstas na CNP, sendo que a mais frequentemente constatada entre as mães é a de “doméstica” (35.94%), e entre os pais é a de “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares” (42.40%) (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização dos pais – profissão e estado civil

	Profissão da mãe		Profissão do pai	
	n	%	N	%
Profissão/situação profissional				
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa			1	0,80
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	1	0.78		
Técnicos e profissionais de Nível Intermédio			1	0,80
Pessoal dos Serviços e Vendedores	9	7.03	14	11,20
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	15	11.72	19	15,20
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	28	21.88	53	42,40
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem			3	2,40
Trabalhadores Não Qualificados	12	9.38	6	4,80
Domésticas	46	35.94	2 ^{a)}	1,60
Reformados	12	9.38	19	15,20
Desempregados	5	3.91	7	5,60
Estado civil				
Solteiro (a)	5	4.00	4	3,60
Casado (a)/união de facto	93	74.40	88	79,28
Separado (a)/divorciado (a)	11	8.80	11	9,91
Viúvo (a)	16	12.80	8	7,21

^{a)} Assinalado como doméstico pela autora do estudo

Devido aos poucos estudos efectuados com sujeitos portadores de deficiência mental e sobre as suas ocupações nas instituições, julga-se importante apresentar uma breve caracterização das valências de Formação Profissional e do CAO, quer devido à sua maior

percentagem na constituição da amostra quer porque o CEP, para além de existir em apenas uma instituição e de contribuir com menor percentagem para a totalidade da amostra, também é constituído apenas por indivíduos com deficiência mental ligeira considerados trabalhadores e ao mesmo tempo clientes do CASCI e beneficiários do apoio monetário do Instituto de Emprego e Formação Profissional, tornando-se assim numa valência idêntica à da Formação Profissional. Neste sentido, não parece, então, imprescindível justificar-se realizar uma apresentação e caracterização particular do CEP.

3.1.1- Apresentação e caracterização da valência de Formação Profissional

A formação profissional é uma resposta objectiva, cujo encaminhamento depende unicamente da análise casuística das situações. Esta deve constituir uma resposta transitória, cujo objectivo é desenvolver condições para posteriormente os indivíduos poderem aceder a um emprego no mercado normal de trabalho. A existência de uma forte correlação entre a formação a estabelecer e as tendências e evolução previsível do mercado de trabalho é essencial, tanto mais se se atender aos ritmos da mudança que qualifica o mercado de trabalho e ao espaço temporal em que decorre a formação profissional para pessoas com deficiência (Fernandes, 1997).

Para Fernandes (1997), torna-se claro a importância que a organização da própria formação profissional assume relativamente à formação em posto de trabalho como estratégia mais adequada para uma real integração profissional das pessoas com deficiência, uma vez que reúne em si todas as condições que convergem para o acesso ao emprego.

Nos dias de hoje constata-se que, cada vez mais, a preparação para o desenvolvimento de uma actividade profissional baseia-se na tríade saber – fazer / saber – estar / saber – ser, encaminhando para a necessidade de repensar a formação profissional, não só como uma componente de aprendizagem de desempenhos profissionais, mas também como meio por excelência de transmissão e solidificação de hábitos e práticas que se relacionam com a pontualidade, a assiduidade, o comportamento social, a higiene, a segurança, a supervisão, o trabalho em equipa, entre outros (Fernandes, 1997).

Fernandes (1997) encara a formação profissional como acções que têm como objectivo beneficiar as pessoas com deficiências dos conhecimentos e capacidades necessárias à aquisição de uma qualificação profissional que lhes possibilite obter e aguentar um emprego

no mercado normal de trabalho, e evoluir profissionalmente, tanto de modo directo por estruturas criadas para o efeito, como de modo indirecto pela cedência de apoio técnico e financeiro a entidades privadas sem fins lucrativos.

Na primeira fase de formação deve oferecer-se ao jovem um vasto leque de experiências que o conduza à descoberta de si mesmo, do outro e do mundo que o rodeia. Para tal, deve-lhe ser possível identificar as suas aptidões e atitudes, a importância de dividir espaços, as suas capacidades e limitações e a necessidade de exercer um papel activo na sociedade. É essencial que aprenda a compreender e valorizar a importância das diversas profissões na sociedade, estabelecer padrões de conduta imprescindíveis para uma boa relação interpessoal e à sua importância no local de trabalho, nomear as características essenciais da sua personalidade e desenvolver mecanismos de auto-defesa, reconhecer a importância de participar nas actividades da vida diária, desenvolver um espírito auto-crítico, auto-estima e inter-ajuda, aceitar e proferir críticas e fazer opções. Neste sentido, o comportamento adaptativo é o grande factor de êxito, uma vez que sem regras não há integração. Contudo, a importância de todo este processo conduz ao dever de se partilhar com a família para que esta compreenda e acompanhe as necessárias alterações que o jovem vai sofrendo ao longo desta fase (Blétière, 1997).

Apesar deste tema, durante algum tempo, ter levado a discussões sadias, hoje parece não haver dúvidas acerca das vantagens da formação profissional em situação real de trabalho. Rapidamente os jovens adoptam o estatuto de “trabalhador” e com ele emerge um turbilhão de novas atitudes e formas de estar nitidamente diferentes das anteriores (Blétière, 1997).

3.1.2- Apresentação e caracterização da valência do CAO

O Centro de Actividades Ocupacionais, diariamente designado por CAO, é uma resposta social que consiste na prestação de um conjunto de serviços, destinados a desenvolver actividades para jovens e adultos com deficiências graves e profundas de todas as idades que pertençam a famílias social e economicamente desfavorecidas ou de risco e que necessitem de apoio ocupacional/social. Neste sentido, visa fundamentalmente, a promoção do bem-estar dos seus utentes, através da implementação de estratégias e disponibilização de meios potenciadores de autonomia e promotores de integração pessoal e social.

Neste sentido, tem como objectivos promover e integrar na sociedade a pessoa com deficiência mental, no respeito pelos princípios da normalização, personalização e bem-estar; promover o equilíbrio das famílias das pessoas com deficiência mental; defender e promover os interesses e satisfação das necessidades das pessoas com deficiência mental nas instituições, no trabalho, no lar e na sociedade; estimular e facilitar o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes das pessoas com deficiência grave e profunda; favorecer o equilíbrio físico, emocional e social; assegurar os cuidados básicos; manter as aquisições feitas até então; estimular a autonomia; promover a socialização/integração; proporcionar a integração em áreas culturais, gimno-desportivas e recreativa; desenvolver competências de ocupação e tempos livres e estimular a ocupação útil. Posto isto, o CAO contribui para a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima das pessoas com deficiência grave ou profunda, de forma adequada na reabilitação social.

Para alcançar tais objectivos são utilizadas várias estratégias que têm como princípios básicos evidenciar as capacidades e não as limitações dos utentes. Deste modo, são estratégias individualizadas, uma vez que cada utente tem necessidades e capacidades específicas que devem ser estimuladas e trabalhadas de forma individual; estratégias que são sujeitas a processos contínuos de avaliação; estratégias abrangentes que envolvem a família e outros organismos locais e não locais e estratégias que visam o máximo de participação possível na sociedade envolvendo vivências enriquecedoras e gratificantes.

De acordo com os objectivos gerais do CAO e da capacidade dos utentes, desenvolvem-se actividades com carácter estritamente ocupacional (e.g. tear manual), desportivo (e.g. educação física, natação), socialmente útil (e.g. relaxamento, informática), de desenvolvimento pessoal e social (e.g. cozinha, higiene, compras); terapêutico (e.g. fisioterapia); de promoção cognitiva (e.g. exercícios de estimulação); cultural; recreativa e de lazer.

3.2- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para este estudo utilizaram-se a versão portuguesa do *Questionário sobre as relações pais/filhos* (QRPE) de Bastin e Delrez de 1976, o qual foi adaptado para Portugal em 1987(a) por Vaz Serra (Anexo I) e o *Inventário Clínico de Auto-conceito* (ICAC) construído por Vaz Serra em 1985 (Anexo II). Estes questionários pareceram adequados para o objectivo

pretendido, porque permitem avaliar de forma quantitativa, respectivamente, o conjunto das relações pais – filhos e o auto-conceito. Construiu-se e utilizou-se ainda um *Questionário Sócio – Demográfico* (Anexo III) para obter os dados pessoais necessários da amostra.

Questionário sobre as relações pais/filhos – QRPE

Este instrumento é um questionário de auto-avaliação que tem como objectivo avaliar as relações pais/filhos (Vaz Serra, 1987a), em particular, como os filhos percebem estas relações (Mumbunda, 2003). Inicialmente foi construído para a adolescência, mas posteriormente constatou-se a sua viabilidade de aplicação no que se refere à população adulta.

O questionário apresenta uma boa validade e estabilidade temporal e é constituído por 63 questões rápidas (Vaz Serra, 1987a) de acção afirmativa, relativa a várias situações familiares que possam existir entre pais e filhos (Mumbunda, 2003). A resposta a cada uma delas pode se apresentar de três modos diferentes, correspondendo as mesmas a pontuações com diferença de um ponto entre si, ou seja: «Verdadeiro» a 2 pontos, «?» a 1 ponto, e «Não Verdadeiro» a 0 pontos. A cotação foi organizada de forma que, quanto mais positiva, agradável e, conseqüentemente, favorável se apresentar a atmosfera familiar, maior pontuação se alcança (Vaz Serra, 1987a). Para além da análise puramente quantitativa que pode ser alcançada com este instrumento, ele permite também iniciar uma análise mais aprofundada das situações particulares e definir aspectos específicos das relações entre pais e filhos, verificando o papel da cada parceiro num mundo de troca relacional (Mumbunda, 2003).

Por último, cabe referir que o questionário é constituído por 16 factores que permitem quatro tipos de avaliações diferentes, referentes a questões gerais da atmosfera familiar, às relações desenvolvidas pelo pai e pela mãe e a uma nota global, que possibilita avaliar a atmosfera familiar. A nota global é conseguida através da soma do QRPE total pai, QRPE total mãe e questões gerais (Vaz Serra, 1987a).

De seguida, apresenta-se a designação dos vários factores, tal como os itens que os constituem, obtidos quer para o pai, para a mãe como para as questões gerais, relativamente à população portuguesa.

Tabela 6. Designação e constituição dos factores do QRPE

	Factores	Itens
Pai	Factor 1- Tolerância /Dominância	5, 11, 18, 22, 35, 41, 43
	Factor 2 – Aceitação/Rejeição	7, 37, 50, 56, 58, 62
	Factor 3 – Apreciativa/Inferiorizante	33
	Factor 4 – Autonomia/Sobreprotecção	27, 32
	Factor 5 – Não conflituosa/Conflituosa	60
	Factor 6 – Confiança/Desconfiança	1
	Factor 7 – Pai educador/Pai não educador	3, 20
	QRPE total pai	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, 9, 13, 15, 25, 28, 30, 39, 54
Mãe	Factor 1 – Tolerância/Dominância	6, 19, 26, 36, 42
	Factor 2 – Aceitação/Rejeição	8, 38, 51, 57, 59, 63
	Factor 3- Apreciativa/Inferiorizante	10, 12, 34
	Factor 4 – Consistência/Inconsistência	45
	Factor 5 – Confiança/Desconfiança	2
	Factor 6 – Não conflituosa/Conflituosa	61
	Factor 7 – Mãe educadora/Mãe não educadora	4
	QRPE total mãe	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, 14, 16, 21, 23, 29, 31, 40, 49, 53
Questões Gerais	Factor 1 – Comunhão de Ideias e Sentimentos	46, 48, 49, 52, 55
	Factor 2 – Consistência/Inconsistência	17, 24, 47
Nota Global	Total pai, total mãe, questões gerais	

Inventário Clínico de Auto-conceito – ICAC

De acordo com o construtor deste instrumento, Vaz Serra (1986e), a designação de “Inventário Clínico de Auto-conceito” surge através da sua nota global, uma vez que permite extrair vários índices que trazem consigo informação sobre a pessoa e procura registar as percepções que a própria pessoa tem de si própria. Deste modo, revela a importância que factores de aceitação/rejeição social e de auto-eficácia têm na definição do conceito que o indivíduo faz de si próprio.

Este instrumento é uma escala de auto-resposta tipo *Likert* constituída por 20 questões que focam aspectos emocionais e sociais de auto-conceito, considerados importantes no ajustamento pessoal. Para além disso, tem como objectivo constituir-se como um instrumento de utilidade para a prática clínica (Vaz Serra, 1986e).

Cada questão é distribuída por cinco categorias diferentes, cada qual com mais um ponto do que a anterior. Nas questões negativas as pontuações são revertidas. Assim, cada questão pode ir de um mínimo de 1 a um máximo de 5. De um modo geral, a escala está concebida de forma a que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita obtendo-se, no final, a soma total dos itens. Quanto mais alto o valor melhor é o auto-conceito da pessoa (Vaz Serra, 1986e). O valor global pode oscilar de um mínimo de 20 a um máximo de 100.

A escala tem cinco possibilidades de resposta, diferenciadas em termos de “Não concordo”, “Concordo pouco”, “Concordo moderadamente”, “Concordo muito” e “Concordo muitíssimo” e é constituída por quatro factores bem definidos (1, 2, 3, 4) e dois mistos (5, 6). O factor 1 é constituído pelos itens 1, 4, 9, 16, 17 e considerado como factor de aceitação ou de agrado social. Cada item tem um duplo sentido de variação, tanto positivo como negativo. Assim, este factor poderá indicar tanto aceitação e agrado como rejeição e desagrado social. É, por isso, denominado de factor de *aceitação/rejeição social*. O factor 2 abarca os itens 3, 5, 8, 11, 18, 20 que realçam os aspectos de enfrentar e resolver problemas e dificuldades. Os itens 3 e 18 como são de sentido negativo, são quotados de maneira inversa. Assim, os valores altos indicam independência e os baixos, dependência. O conjunto das diversas questões leva este factor a ser considerado como de *auto-eficácia*. O factor 3, que engloba os itens 2, 6, 7 e 13, é chamado de factor de *maturidade psicológica* e o factor 4, que é constituído pelos itens 10, 15 e 19, é denominado de factor de *impulsividade – actividade*. O carácter misto dos factores 5, constituído pelo item 12, e do factor 6, constituído pelo item 14, levou a que não lhe fossem atribuídas denominações particulares (Vaz Serra, 1986e).

Vaz Serra (1986e) afirma que os itens que constituem a escala revelam um bom poder discriminatório, não são sensíveis a diferenças de sexo e, no conjunto, mostram ter boa consistência interna e estabilidade temporal. Sendo a validade de constructo particularmente difícil de ser construída em relação ao auto-conceito, não deixou de revelar uma boa correlação, altamente significativa, entre a forma como uma pessoa se classifica a si própria e a nota global de auto-conceito revelada pela escala.

Questionário Sócio – Demográfico

Este questionário foi elaborado pela autora do estudo no âmbito do mesmo com o objectivo de recolher informação relativa aos sujeitos constituintes da amostra e aos seus pais.

Deste modo, o questionário divide-se em três partes. A primeira parte é caracterizada por elementos de identificação pessoal (nome, género, idade, estado civil, naturalidade, escolaridade e área de residência). A segunda parte do questionário é referente a alguns aspectos profissionais dos sujeitos (frequência de formação profissional, mercado de trabalho e nível de satisfação relativamente à formação profissional que frequenta). A terceira parte define-se pela recolha de elementos sobre os pais (idade, profissão e estado civil).

O questionário emprega dois tipos de método de resposta, nomeadamente, a colocação de uma cruz na opção considerada como correcta e respostas curtas e directas.

A interpretação dos resultados é feita de forma qualitativa, podendo-se proceder à inserção dos indivíduos em categorias específicas, com o objectivo de relacionar os dados provenientes deste questionário com os resultados dos outros instrumentos.

3.3- PROCEDIMENTOS

Para iniciar a recolha de dados, foi solicitada autorização formal a todos os Directores Técnicos e/ou Presidentes das instituições e, ainda, foi pedido o consentimento informado aos sujeitos envolvidos na investigação. Para além disso, numa instituição foi igualmente solicitada autorização aos pais dos sujeitos a pedido da mesma, procedimento que também se verificou noutras instituições sempre que se tratava de sujeitos menores de idade. Numa das

instituições realizou-se uma reunião para agendar o horário da aplicação dos instrumentos e nas restantes, após a autorização formal, os pormenores de agendamento foram tratados via telefone.

A recolha de dados decorreu entre Janeiro e Maio de 2010, tendo ocupado aproximadamente 20 minutos do tempo de cada sujeito.

Os instrumentos foram aplicados sempre pela mesma ordem (Questionário Sócio – Demográfico, Inventário Clínico de Auto-conceito e Questionário Sobre as Relações Pais – filhos), unicamente a sujeitos identificados com deficiência mental ligeira pelas instituições em que se inseriam.

A aplicação dos instrumentos foi efectuada pela autora do estudo para garantir a uniformidade nas instruções transmitidas aos sujeitos das várias instituições, com o objectivo de diminuir o aparecimento de erros interpretativos. Antes de dar início à aplicação dos instrumentos propriamente dita, a autora apresentou-se a cada um dos sujeitos, explicou de forma sucinta o objectivo da aplicação dos instrumentos e assegurou a ausência de respostas certas e erradas, bem como a confidencialidade das mesmas.

De forma a garantir que os sujeitos com deficiência mental ligeira compreenderiam o que é solicitado nos instrumentos a aplicar, constituiu-se primeiramente um grupo com 10 sujeitos identificados com deficiência mental ligeira, provenientes de vários contextos, e procedeu-se à aplicação dos mesmos individualmente. Estes sujeitos não foram incluídos na amostra, apenas fizeram parte do estudo piloto. Como não apresentaram qualquer dificuldade, partiu-se para a aplicação aos sujeitos da amostra.

Como todos os instrumentos da recolha de dados são escalas de auto-avaliação e os sujeitos poderiam não apresentar capacidades intelectuais suficientes para responderem sozinhos, os mesmos foram utilizados sob a forma de entrevista, de modo individual. Este é um procedimento (Castilho, 2003; Inhelder, 1963) que tem sido habitual junto deste tipo de população, sempre que não existem instrumentos específicos para ela. De qualquer forma, foram tidos os devidos cuidados no sentido de não orientar as respostas.

Terminada a aplicação dos instrumentos, procedeu-se ao tratamento dos dados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 16.0.).

4- RESULTADOS

Após estar completa a etapa de descrição da metodologia e recolha de dados, prossegue-se à fase seguinte que se caracteriza pela sua apresentação e análise. Para tal, na análise descritiva dos dados, foram calculadas frequências e percentagens para variáveis com um nível de mensuração nominal e médias e desvios-padrão para variáveis cujo nível de mensuração fosse pelo menos intervalar ou medida em escala de tipo *Likert* (Reis, 1998).

Sempre que se pretendeu testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre variáveis recorreu-se à estatística inferencial, aceitando como significativas as diferenças que tivessem associadas um valor de $p < .05$ (Howell, 2002).

Foi testada a distribuição das variáveis numéricas em estudo com recurso ao teste *Shapiro-Wilk* (Hill & Lewicki, 2006). Este teste é específico para avaliar a plausibilidade da normalidade de uma variável aleatória subjacente à amostra aleatória. É específico para esta distribuição, sendo por este motivo mais potente que outros testes como, por exemplo, o de *Kolmogorov-Smirnov* ou do Qui-quadrado. Tem a vantagem adicional de não necessitar que a média da população ou desvio padrão da população da qual a amostra foi retirada sejam especificados. A maior parte das variáveis distanciaram-se significativamente da distribuição normal. Este facto recomenda a utilização de provas não paramétricas na estatística inferencial. Recorreu-se então à prova U de *Mann Whitney* para testar diferenças entre variáveis numéricas nos níveis da VI (Andrews *et al.* 1981; Howell, 2002).

A relação entre duas variáveis intervalares foi avaliada recorrendo ao cálculo da correlação de *Spearman* (Howell, 2002).

Na análise preparatória da base de dados verificou-se a existência de alguns dados omissos e foi feito o seu estudo por sujeito e por item, incidência e distribuição. Desta análise resultou a exclusão de dois sujeitos. Para decidir qual a estratégia mais adequada levou-se em consideração o facto de os dados omissos terem ou não uma distribuição aleatória e terem ou não uma incidência superior a 10% (valor acima do qual os autores referem maiores probabilidades de enviesamento dos dados). O *Little MCAR test* foi utilizado para avaliar a distribuição dos dados omissos. Trata-se de um teste de Qui-quadrado para verificar a completa aleatoriedade dos dados omissos (*MCAR*). Se o valor de p não for significativo então podemos assumir a completa aleatoriedade dos dados omissos e neste caso os dados omissos foram substituídos com o procedimento *EM* do *SPSS*. O método *expectation-maximization (EM) algorithm* desenvolvido por Dempster, Laird e Rubin (1977) recorre a um

processo interactivo de cálculo das médias, matrizes de co-variância e correlações de variáveis intervalares com dados omissos. O *EM* faz inferências baseado no cálculo da máxima verosimilhança.

Nas restantes variáveis e tendo como principio a máxima preservação do tamanho da amostra foi utilizado o método *pairwise*, consistindo este método em utilizar todos os casos válidos para cada par de variáveis (Allison, 2002).

4.1- ANÁLISE DAS PONTUAÇÕES NO ICAC E QRPE

Na resposta ao inventário do auto-conceito e ao questionário sobre relações pais-filhos, dois sujeitos não tinham dados válidos nos instrumentos e foram excluídos, tal como referido. Dos restantes 135 sujeitos nenhum obteve mais de 10% de dados omissos. Quanto às variáveis, nenhum item apresentou mais de 10% de omissos. Para estudar o tipo de distribuição dos dados omissos com o objectivo de fundamentar a selecção do método de estimação foi calculado o *Little's MCAR test* que obteve um valor de $\chi^2(76) = 107.482$, $p = .010$ para o ICAC e de $\chi^2(690) = 666.373$, $p = .734$ para o QRPE. Para este instrumento podemos assumir uma distribuição completamente aleatória dos dados omissos (*MCAR- missing completely at random*), mas para o questionário de auto-conceito a distribuição foi *MAR (missing at random)*. A estimação dos omissos foi efectuada com recurso ao método *expectation-maximization (EM)*.

Na Tabela 7 são apresentadas as pontuações mínimas e máximas no inventário do auto-conceito e no questionário sobre as relações pais-filhos. Porque as várias medidas são avaliadas por diferentes números de itens, as comparações entre as pontuações dentro do mesmo instrumento não podem ser feitas senão com recurso à média reduzida¹.

No estudo da distribuição das pontuações verifica-se que apenas três (F3 maturidade psicológica; auto-conceito total; relações pais – filhos nota global) das 25 medidas em estudo se aproximam da distribuição normal. Por este motivo, no teste das hipóteses opta-se pela utilização de provas não paramétricas.

¹ A média reduzida consiste na divisão da pontuação obtida pelo sujeito pelo número de itens do factor, ficando a amplitude teórica igual à amplitude da escala de resposta. Este procedimento permite comparar os resultados em factores que possuem um diferente número de itens.

No estudo efectuado, em relação ao QRPE obteve-se uma média de 49.27 (DP=15.25) e Vaz Serra (1987c) na sua amostra obteve uma média de 89.75 (DP=17.50). Relativamente ao ICAC, a média foi de 67.02 (DP=9.09). No entanto, a média de Vaz Serra (1986e) na sua amostra foi de 72.14 (DP=7.19). Atendendo a estes valores, a amostra do estudo parece avaliar mais negativamente as relações pais filhos e o auto-conceito.

Tabela 7. Análise descritiva das pontuações nos instrumentos e estudo da distribuição

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Média reduzida	Shapiro-Wilk Teste	P
Inventário Clínico de auto-conceito							
F1 aceitação/rejeição social	7	25	17,29	3,33	3.50	,970	,005
F2 auto-eficácia	9	26	19,44	3,48	3.24	,971	,006
F3 maturidade psicológica	4	20	12,56	3,10	3.14	,984	,112
F4 impulsividade-actividade	3	15	10,47	2,18	3.49	,966	,002
Auto-conceito Total	40	92	67,02	9,09	3.35	,994	,803
Questionário sobre as relações pais – filhos							
F1 tolerância/dominância pai	0	14	6,16	3,99	0.88	,953	,000
F2 aceitação/rejeição pai	0	14	4,58	3,53	0.76	,927	,000
F3 apreciativa/inferiorizante pai	0	2	,74	,92	0.74	,669	,000
F4 autonomia/sobreprotecção pai	0	4	1,43	1,41	0.72	,793	,000
F5 não conflituosa/conflituosa	0	3	1,02	,98	1.02	,723	,000
F6 confiança/desconfiança	0	4	,71	,95	0.71	,668	,000
F7 pai educador/não educador	0	4	1,24	1,47	0.62	,759	,000
QRPE total pai	0	58	22,25	10,64	0.80	,975	,015
F1 tolerância/dominância mãe	0	10	4,00	2,92	0.80	,917	,000
F2 aceitação/rejeição mãe	0	12	3,12	3,20	0.52	,849	,000
F3 apreciativa/inferiorizante mãe	0	6	2,09	1,71	0.70	,866	,000
F4 autonomia/sobreprotecção mãe	0	2	1,15	,97	1.15	,661	,000
F5 não conflituosa/conflituosa	0	2	,42	,80	0.42	,529	,000
F6 confiança/desconfiança	0	2	,93	,97	0.93	,666	,000
F7 mãe educadora/não educadora	0	2	,32	,71	0.32	,471	,000
QRPE total mãe	2	44	18,53	8,07	0.69	,971	,006
QRPE comunhão de ideias e sentimentos	0	10	5,22	2,63	1.04	,937	,000
QRPE consistência/inconsistência	0	6	3,27	1,91	1.09	,891	,000
QRPE nota global	6	86	49,27	15,35	0.78	,994	,882
QRPE questões gerais	0	16	8,49	3,64	1.06	,973	,008

4.2- A ASSOCIAÇÃO ENTRE O AUTO-CONCEITO E AS RELAÇÕES PAIS - FILHOS

Com a finalidade de avaliar a existência de uma relação entre o auto-conceito e as relações familiares, calculou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* que, como se pode verificar na Tabela 8, permitiu encontrar uma correlação inversa significativa ($p < .05$), mas de baixa magnitude entre a maturidade psicológica e a aceitação/rejeição ($r = -.17$), no que se refere ao pai. Para além disso, foram observadas correlações negativas moderadas e baixas, respectivamente, entre a auto-eficácia e o auto-conceito total com a autonomia/sobreprotecção referente ao pai ($r = -.33$, $r = -.24$). A auto-eficácia também obteve uma correlação negativa de baixa magnitude com o factor relação apreciativa/inferiorizante mãe ($r = -.18$) e a impulsividade/actividade correlacionou-se com a aceitação/rejeição mãe ($r = -.20$). A única correlação positiva e significativa ($r = .26$) regista-se entre a impulsividade/actividade e a relação autonomia/sobreprotecção mãe.

Tabela 8. Matriz de correlações de *Spearman* entre o auto-conceito e as relações pais – filhos

		Auto-conceito F1 aceitação/rejeição social	Auto- conceito F2 auto- eficácia	Auto- conceito F3 maturidade psicológica	Auto-conceito F4 impulsividade- actividade	Auto - conceito Total
F1 tolerância/dominância pai	Rho	-,067	-,039	,018	,052	-,034
	P	,441	,653	,833	,552	,696
F2 aceitação/rejeição pai	Rho	-,044	-,023	-,170*	,000	-,107
	P	,609	,789	,049	,999	,215
F3 apreciativa/inferiorizante pai	Rho	-,127	-,117	-,120	-,103	-,143
	P	,141	,176	,166	,236	,099
F4 autonomia/sobreprotecção pai	Rho	-,119	-,328**	-,119	-,034	-,243**
	P	,169	,000	,168	,698	,004
F5 não conflituosa/conflituosa	Rho	-,131	-,164	-,081	,002	-,159
	P	,131	,058	,347	,984	,066
F6 confiança/desconfiança	Rho	-,079	-,073	,039	-,018	-,047
	P	,361	,403	,657	,837	,592
F7 pai educador/não educador	Rho	,051	,030	-,049	,065	,010
	P	,561	,728	,570	,454	,909
QRPE total pai	Rho	-,074	-,098	-,080	,010	-,113
	P	,393	,257	,355	,913	,193
F1 tolerância/dominância mãe	Rho	,067	-,075	-,041	,053	,003
	P	,438	,387	,640	,545	,974
F2 aceitação/rejeição mãe	Rho	-,097	,024	-,104	-,203*	-,133
	P	,263	,779	,231	,018	,123
F3 apreciativa/inferiorizante mãe	Rho	-,049	-,175*	-,028	,162	-,054

As Relações Pais/Filhos e o Auto-conceito em sujeitos
com Deficiência Mental Ligeira

	P	,575	,042	,749	,061	,533
F4 autonomia/sobreprotecção mãe	Rho	,108	-,116	-,032	,263**	,030
	P	,214	,179	,717	,002	,733
F5 não conflituosa/conflituosa	Rho	-,133	-,049	,034	-,114	-,103
	P	,126	,569	,697	,189	,235
F6 confiança/desconfiança	Rho	-,085	-,150	-,066	,133	-,077
	P	,327	,083	,445	,125	,377
F7 mãe educadora/não educadora	Rho	,043	,034	,116	-,056	,068
	P	,619	,696	,181	,517	,435
QRPE total mãe	Rho	,043	,034	,116	-,056	,068
	P	,619	,696	,181	,517	,435
QRPE comunhão de ideias e sentimentos	Rho	-,037	-,090	-,075	,042	-,077
	P	,674	,300	,390	,630	,376
QRPE consistência/inconsistência	Rho	-,117	,027	-,054	,076	-,063
	P	,176	,755	,535	,381	,471
QRPE nota global	Rho	-,012	-,089	,101	,146	,004
	P	,890	,307	,242	,091	,966
QRPE questões gerais	Rho	-,073	-,114	-,102	,058	-,116
	P	,401	,189	,239	,506	,181
QRPE questões gerais	Rho	-,079	-,040	,019	,126	-,042
	P	,364	,641	,827	,147	,628

* Correlação significativa para $p < .05$:

** Correlação significativa para $p < 0.01$.

4.3- O AUTO-CONCEITO E AS RELAÇÕES PAIS – FILHOS EM FUNÇÃO DO SEXO DOS SUJEITOS

Através da análise estatística que se segue, comparam-se os resultados obtidos através do questionário sobre as relações pais – filhos e também através do inventário do auto-conceito em função do sexo. Para tal, foi utilizada a prova U de *Mann Whitney* (Tabela 9). A aplicação da prova U de *Mann Whitney* permite observar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente ao auto-conceito (*Auto-conceito Total*) e ao questionário sobre relações pais – filhos (*QRPE nota global*). Mesmo quando a análise se centrou nos diversos factores de cada instrumento, não se observaram quaisquer diferenças em função do sexo.

As Relações Pais/Filhos e o Auto-conceito em sujeitos
com Deficiência Mental Ligeira

Tabela 9. Médias, desvios-padrão e U de Mann-Whitney no auto-conceito e nas relações pais – filhos em função do sexo

	Feminino		Masculino		U	P
	Média	DP	Média	DP		
Inventário Clínico de auto-conceito						
F1 aceitação/rejeição social	17,08	3,24	17,55	3,45	2175.50	.717
F2 auto-eficácia	19,95	3,24	18,84	3,70	1872.00	.087
F3 maturidade psicológica	12,64	2,89	12,48	3,37	2183.50	.743
F4 impulsividade-actividade	10,53	2,22	10,39	2,15	2115.00	.525
Auto-conceito Total	67,46	8,03	66,49	10,28	2108.50	.511
Questionário sobre as relações pais – filhos						
F1 tolerância/dominância pai	6,10	3,64	6,23	4,40	2236.00	.926
F2 aceitação/rejeição pai	5,02	3,60	4,04	3,40	1891.00	.101
F3 apreciativa/inferiorizante pai	,76	,92	,71	,92	2189.00	.731
F4 autonomia/sobreprotecção pai	1,47	1,42	1,39	1,40	2199.50	.783
F5 não conflituosa/conflituosa	1,05	,98	,98	,99	2171.00	.674
F6 confiança/desconfiança	,75	,93	,66	,97	2126.00	.501
F7 pai educador/não educador	1,37	1,44	1,09	1,50	1985.50	.188
QRPE total pai	22,76	10,33	21,64	11,06	2077.50	.427
F1 tolerância/dominância mãe	3,89	2,84	4,13	3,03	2177.50	.720
F2 aceitação/rejeição mãe	3,08	3,37	3,16	3,00	2121.00	.536
F3 apreciativa/inferiorizante mãe	2,09	1,75	2,08	1,67	2255.50	.994
F4 autonomia/sobreprotecção mãe	1,16	,97	1,13	,97	2221.00	.856
F5 não conflituosa/conflituosa	,41	,79	,44	,81	2199.00	.726
F6 confiança/desconfiança	,88	,98	,98	,97	2130.00	.526
F7 mãe educadora/não educadora	,30	,70	,35	,73	2180.00	.609
QRPE total mãe	18,23	8,35	18,88	7,77	2107.00	.506
QRPE comunhão de ideias e sentimentos	5,08	2,50	5,39	2,79	2100.00	.478
QRPE consistência/inconsistência	3,17	1,65	3,39	2,19	2049.00	.341
QRPE nota global	49,26	14,55	49,30	16,39	2227.00	.894
QRPE questões gerais	8,26	2,94	8,78	4,34	2003.50	.258

4.4- O AUTO-CONCEITO E AS RELAÇÕES PAIS – FILHOS EM FUNÇÃO DO GRUPO ETÁRIO DOS SUJEITOS

Com a análise estatística que se apresenta de seguida, pretende-se verificar a existência de uma diferença a nível do auto-conceito e das relações pais – filhos, em função do grupo etário. Para o efeito foi utilizada a prova U de Mann Whitney que, como se pode verificar na

Tabela 10, não permitiu encontrar diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de adolescentes e jovens adultos (15A-30A) e o grupo de adultos (31A-61A).

Tabela 10. Médias, desvios-padrão e U de Mann-Whitney no auto-conceito e nas relações pais - filhos em função do grupo etário

	Grupo 15A – 30 ^a		Grupo 31 A- 61A		U	P
	Média	DP	Média	DP		
Inventário Clínico de auto-conceito						
F1 aceitação/rejeição social	17.41	3.26	17.11	3.45	2097.50	.686
F2 auto-eficácia	19.69	3.35	19.07	3.68	2023.00	.460
F3 maturidade psicológica	12.62	2.93	12.48	3.37	2132.00	.804
F4 impulsividade-actividade	10.33	2.31	10.67	1.98	1990.00	.370
Auto - conceito Total	67.53	8.78	66.25	9.58	1975.50	.342
Questionário sobre as relações pais – filhos						
F1 tolerância/dominância pai	6.12	4.01	6.20	3.99	2141.50	.837
F2 aceitação/rejeição pai	4.88	3.66	4.13	3.31	1936.50	.254
F3 apreciativa/inferiorizante pai	.80	.93	.65	.89	2012.50	.371
F4 autonomia/sobreprotecção pai	1.33	1.40	1.59	1.42	1962.00	.273
F5 não conflituosa/conflituosa	1.01	1.01	1.04	.95	2153.50	.868
F6 confiança/desconfiança	.81	.99	.57	.86	1949.00	.214
F7 pai educador/não educador	1.37	1.50	1.06	1.42	1935.00	.215
QRPE total pai	22.23	11.00	22.29	10.19	2163.00	.914
F1 tolerância/dominância mãe	3.77	2.76	4.35	3.13	2003.50	.401
F2 aceitação/rejeição mãe	3.44	3.25	2.63	3.09	1845.50	.110
F3 apreciativa/inferiorizante mãe	2.09	1.67	2.09	1.77	2181.00	.977
F4 autonomia/sobreprotecção mãe	1.11	.97	1.20	.96	2081.50	.589
F5 não conflituosa/conflituosa	.46	.82	.37	.76	2089.00	.548
F6 confiança/desconfiança	.91	.98	.94	.98	2151.00	.855
F7 mãe educadora/não educadora	.36	.75	.26	.65	2072.00	.437
QRPE total mãe	18.36	7.88	18.78	8.41	2101.50	.700
QRPE comunhão de ideias e sentimentos	4.95	2.73	5.63	2.44	1839.00	.110
QRPE consistência/inconsistência	3.18	1.97	3.41	1.83	2050.00	.524
QRPE nota global	48.72	14.80	50.11	16.24	2050.00	.538
QRPE questões gerais	8.13	3.77	9.04	3.39	1863.00	.142

5- DISCUSSÃO

Na discussão que agora efectuamos, comentaremos, à luz dos nossos resultados, cada uma das hipóteses por nós elaboradas. Salientaremos e explanaremos também os dados descritivos mais relevantes.

5.1- A ASSOCIAÇÃO ENTRE O AUTO-CONCEITO E AS RELAÇÕES PAIS - FILHOS

Os resultados obtidos no nosso estudo permitiram comprovar parcialmente a primeira hipótese (existe uma associação entre as relações pais – filhos e o auto-conceito), uma vez que se verificou que existem certas relações estatisticamente relevantes, nomeadamente algumas associações negativas entre factores do inventário clínico do auto-conceito e do questionário sobre as relações pais – filhos, assim como uma associação positiva num dos casos. Embora vários factores da associação entre os instrumentos referidos tenham revelado correlações, quer negativas quer positivas, apenas se dará importância aos factores com correlações significativas e muito significativas. Deste modo, na análise da associação entre o questionário sobre as relações pais – filhos e o inventário clínico de auto-conceito, surgiram três correlações negativas significativas (aceitação/rejeição pai do QRPE e maturidade psicológica do ICAC [-, 170]; aceitação/ rejeição mãe do QRPE e impulsividade/actividade do ICAC [-, 203]; relação apreciativa/inferiorizante mãe do QRPE e auto-eficácia do ICAC [-, 175]) e duas negativas, assim como uma positiva, muito significativas (autonomia/sobreprotecção pai do QRPE e auto-eficácia do ICAC [-, 328]; autonomia/sobreprotecção pai do QRPE e auto-conceito total do ICAC [-, 243]; autonomia/sobreprotecção mãe do QRPE e impulsividade/actividade do ICAC [, 263]).

Na Tabela 8, a correlação negativa entre o factor 2 do QRPE (pai) e o factor 3 do ICAC (**aceitação/rejeição pai – maturidade psicológica**) parece, à primeira vista, um resultado contraditório, uma vez que na população normal a aceitação contribui para a maturidade psicológica (e.g. Adams, Dyk e Bennion, 1990). Todavia, como no presente estudo se trata de uma população com especificidades, poderemos encontrar coerência neste resultado: quanto mais os indivíduos se avaliam com maturidade psicológica, menor é a

percepção da aceitação por parte do pai e *vice-versa*. Provavelmente, uma menor maturidade psicológica dos filhos exigirá por parte do pai uma gestão da relação mais próxima, mais atenta, que se associa a um aumento da percepção que os sujeitos têm em relação à sua aceitação por parte do pai. Considerando as limitações mentais inerentes à amostra estudada, é possível que uma proximidade menos frequente por parte do pai, junto daqueles filhos que se avaliam como mais maduros, seja percebida por estes como rejeição. Para além disso, cabe salientar que, sendo o afecto e a aceitação na população normal uma influência vital no envolvimento emocional entre cada um dos pais e o jovem (e.g. Bowlby, 1982), também estarão presentes nesta população com especificidades. Isto é, partindo dos nossos dados, a percepção de aceitação parece existir, apesar das dificuldades de desenvolvimento dos filhos, e até intensificar-se no caso de maiores dificuldades de maturidade psicológica.

A correlação negativa entre o factor 4 do QRPE (pai) e o factor 2 do ICAC (**autonomia/sobreprotecção pai – auto-eficácia**), apesar de poder ser também um resultado aparentemente contraditório, se atendermos às características da população com deficiência mental, poderemos encontrar sentido para tal resultado: se, numa população dita normal, a opção por uma relação entre pais e filhos caracterizada pela autonomia pode relacionar-se como uma percepção de auto-eficácia, numa população com deficiência mental um tipo de relação que se pautar pela autonomia pode associar-se a uma percepção em sentido contrário neste domínio, ou seja, de menor auto-eficácia. Isto é, contrariamente ao que tendencialmente se verifica na população normal (e.g. Hartrup, 1986; Rutter, 1995; Thompson, 1999), na nossa amostra, uma percepção de maior auto-eficácia está associada a uma relação de maior sobreprotecção (associação estatisticamente muito significativa no caso do pai). Este facto leva-nos a concluir que um sentimento de maior auto-eficácia por parte dos nossos sujeitos com deficiência mental poderá requerer uma relação mais protectora e orientadora por parte dos pais. Por isso, a promoção de autonomia junto desta população deve enquadrar-se em limites específicos, ou seja, não se pode abdicar de uma maior direcção das actividades, das escolhas de estratégias, etc., junto destes sujeitos. Não nos podemos esquecer também que as suas baixas capacidades levam tais sujeitos, quando não mais directamente orientados, a confrontar-se mais frequentemente com situações de insucesso, logo com sentimentos nocivos de menor auto-eficácia.

No que concerne à correlação negativa entre o factor 4 do QRPE (pai) e o auto-conceito total do ICAC (**autonomia/sobreprotecção pai – auto-conceito total**), tendo em conta que, na população dita normal, quando se verificam valores positivos de autonomia

verificam-se igualmente valores positivos de auto-conceito (e.g., Vaz Serra e colaboradores, 1987a; Noller e colaboradores, 1992, cit. in Peixoto, 2004; Wylie, Miller, Cowles e Wilson, 1979), mais uma vez encontramos um resultado inesperado. Com efeito, na nossa amostra, sempre que foi percebida uma relação de maior autonomia, observamos uma baixa a nível do auto-conceito e *vice-versa*. Isto é, quanto mais autónoma é a relação com o pai, menor é o auto-conceito dos filhos e um auto-conceito mais elevado parece implicar mais sobreprotecção. Tal resultado, estatisticamente muito significativo, leva a pressupor que, para uma construção positiva do auto-conceito, os sujeitos da nossa amostra, com as suas especificidades, requerem o estabelecimento de uma relação mais protectora, especificamente no que se refere ao pai.

A correlação inversa e estatisticamente significativa encontrada entre o factor 2 do QRPE (mãe) e o factor 4 do ICAC (**aceitação/rejeição mãe – impulsividade/actividade**), surpreendente no caso dos sujeitos ditos normais (e.g. Rohner & Pettengill, 1985, cit. in Fleming, 1993; Ausubel *et al.*, 1954, cit. in Fleming, 1993; Slouth *et al.*, 1978, cit. in Albuquerque, 2000), poderá ser eventualmente compreendida se atendermos, uma vez mais, a algumas particularidades dos nossos sujeitos. Com efeito, entendemos que uma menor capacidade de gestão das situações em geral pode levar a uma menor gestão de emoções e, por isso, a maior impulsividade. Se a atitude materna, face às dificuldades dos filhos com características especiais, se pautar por aceitar indiscriminadamente os seus comportamentos, poder-se-á estar a contribuir para um aumento da impulsividade. Assim, quanto mais a mãe aceita o filho, mais impulsivo este se considera e *vice-versa*. Desta forma, por outro lado, também é provável que os indivíduos que se auto-avaliam como mais impulsivos, presumivelmente devido a dificuldades em adquirir comportamentos adequados, em saber estar e ser, necessitem, conseqüentemente, de mais atenção/proximidade, mesmo que não se invista muito na modificação dos comportamentos, e esta atitude por parte da mãe pode ser percebida pelos filhos como de maior aceitação. Tais resultados parecem sugerir que, para a promoção da actividade e diminuição da impulsividade nos indivíduos com deficiência mental ligeira, se tornará necessário um maior controlo externo e orientação efectiva, tendo os devidos cuidados para que esta atitude não seja interpretada como de rejeição.

A correlação negativa entre o factor 3 do QRPE (mãe) e o factor 2 do ICAC (**apreciativa/inferiorizante mãe – auto-eficácia**), tal como nos casos mencionados anteriormente, parece apresentar um sentido contraditório. Ou seja, quanto mais apreciativa é a mãe, menos auto-eficazes se sentem os filhos e *vice-versa*. No entanto, se tivermos presente

que se trata de sujeitos com deficiência mental ligeira, deve ter-se em conta que eles são, por comparação com a população normal, tendencialmente mais propensos a experienciar situações susceptíveis de induzir uma auto-percepção de menor auto-eficácia, necessitando forçosamente de mais acompanhamento, mais atenção e mais orientação. Assim, os sujeitos têm a percepção de que a mãe lhes dedica mais atenção e, por isso, sentem-se mais apreciados mas, ao mesmo tempo, menos auto-eficazes dadas as intervenções mais frequentes da mãe. Este é um resultado que acaba por ser coerente com as restantes associações entre factores, anteriormente discutidas.

A única correlação positiva ($r=.26$) encontrada, estatisticamente muito significativa, verifica-se entre o factor 4 do QRPE (mãe) e o factor 4 do ICAC (**autonomia/sobreprotecção mãe – impulsividade/actividade**). Este é um resultado que julgamos estar de acordo com o que se verifica na população dita normal, ou seja, quanto mais o sujeito se percebe numa relação de autonomia com a mãe, mais activo e, conseqüentemente, menos impulsivo se sente. A sobreprotecção, mesmo no caso destes sujeitos, que exigem mais orientação, parece associar-se a efeitos indesejáveis em termos de impulsividade e *vice-versa*.

Relativamente ao auto-conceito, a relação com o pai, em certos aspectos, não promove a sua construção positiva em termos normativos, uma vez que os sujeitos apresentam valores mais baixos, especificamente menor maturidade psicológica, menor auto-eficácia e menor auto-conceito total, quando são percebidas certas relações pais-filhos, habitualmente desejáveis junto de sujeitos normais. Por sua vez, na relação com a mãe, continua a verificar-se, em certos, aspectos esta mesma tendência, pois perante determinadas relações habitualmente desejáveis, os sujeitos continuam a apresentar um baixo auto-conceito, sobretudo a nível da impulsividade e da auto-eficácia. Apenas se regista, numa direcção normativa, a associação de uma maior actividade a uma relação mais autónoma com a mãe.

As relações pais – filhos tendem a assinalar o começo da construção das relações afectivas e a variabilidade das suas características prende-se com as especificidades dos comportamentos parentais, ou seja, com as suas práticas educativas (Canavarro, 1999). Frequentemente, são salientadas as vantagens de um estilo apoiante com autoridade, por este se caracterizar por um elevado controlo, encorajamento de autonomia, uma vez que é o estilo que mais a favorece, e por tentar direccionar as actividades dos filhos de forma racional e orientada (Baumrind, 1967). Na nossa população, dados os anteriores resultados, este poderá ainda ser o estilo mais desejável, desde que se saiba compreender de que forma estes sujeitos percebem a orientação e o encorajamento. No que diz respeito à relação com os

progenitores, é interessante notar que os nossos resultados apontam ainda para uma certa primazia da relação com a mãe, se tivermos em conta dados normativos, uma vez que, em relação à sua faceta de autonomia, os dados revelam uma associação positiva interessante com a actividade dos filhos. Embora alguns autores refiram que as emoções dolorosas e os conflitos vivenciados pelas mães se repercutem nas suas atitudes em relação aos filhos com deficiência mental, através da rejeição, desaprovação ou mais superprotecção do que aceitação (Ferguson & Watt, 1980, cit. in Albuquerque, 2000; Waisbren, 1980, cit. in Albuquerque, 2000), é interessante referir que os resultados obtidos por Slouth, Kogan e Tyler (1978, cit. in Albuquerque, 2000) mostram que as atitudes destas mães são menos rejeitantes que as das mães de sujeitos normais (-, 175), e por Wishart, Bidder e Gray (1980, cit. in Albuquerque, 2000) que defendem que aquelas mães não apresentam nenhuma característica distintiva, relativamente às mães de sujeitos ditos normais. Stoneman, Brody e Abbott (1983, cit. in Albuquerque, 2000), por sua vez, também as consideram como muito afectuosas e solícitas em relação às iniciativas e pedidos dos seus filhos, apesar de terem níveis superiores de *stress* comparativamente aos pais, por normalmente ficarem responsáveis por grande parte dos cuidados adicionais dispensados à criança (Dyson, 1997; Hornby, 1995; Lamb & Billings, 1997; Sloper *et al.*, 1991; Figueiredo *et al.*, 2008), apresentarem mais dificuldade na adaptação aos aspectos pessoais da parentalidade e mais *stress* relacionado com o temperamento da criança e com a vinculação a ela que os pais (Krauss, 1993, cit. in Figueiredo *et al.*, 2008).

O facto de os pais terem um vínculo forte e significativo com o seu filho, o nascimento deste e a necessidade de assumir os seus cuidados leva-os a estarem receptivos para novas direcções acerca da pessoa com deficiência, reconhecendo a sua humanidade e plenitude, mais rapidamente ou mais calmamente (Souza & Boemer, 2003). A vinculação da criança a uma figura indica que a mesma está decididamente a procurar a proximidade e a manter o contacto com essa figura, sendo que a disposição de se comportar dessa forma é um atributo do sujeito vinculado, um atributo persistente e que não é lesado pela situação do momento (Bowlby, 1982). Os resultados obtidos neste estudo, permitindo destacar num aspecto já referido o papel da mãe, sugerem no entanto que os sujeitos atribuem uma importância quase idêntica a ambos os progenitores, cuja relevância varia em função dos factores analisados.

Os sentimentos dos pais em relação à sua criança com deficiência são factores decisivos para a adaptação e o bem-estar da família (Martinez & Parra, 2007). Quando um filho com deficiência mental nasce, os pais têm que fazer o luto em relação à expectativa de

um filho saudável. Entre outros sentimentos, a desilusão, a vergonha, a culpa, a ansiedade que os leva à sobreprotecção, a rejeição, a dor, o desespero estão presentes (Souza & Boemer, 2003; Kaplan, 1981; Figueiredo, Pires, Candeias, Miguel, Bettencourt & Cotrim, 2008; Dessen & Silva, 2002), para além da posterior aceitação e depressão (Martinez & Parra, 2007). Muitos pais nem sempre adoptam a forma mais indicada para lidar com as situações que surgem por terem uma criança deficiente na família, mostrando-se tanto condescendentes como impacientes e, por vezes, com atitudes de depreciação em relação ao próprio filho (Petean, 1995, cit. in Silva & Dessen, 2001). Sabendo-se que a autonomia se deve em grande parte ao grande suporte afectivo dado pelos pais, associado a interacções positivas com eles, (Fleming, 1993; Murphey *et al.*, cit. in Fleming, 1993), vale a pena reflectir sobre os dados que obtivemos, afastados em parte daquilo que é usual na população normal, no sentido de compreender a melhor forma de transmitir esse suporte, sem distorções, ao sujeito com especificidades.

Para Wylie, Miller, Cowles e Wilson (1979), os pais são importantes para a formação do auto-conceito porque, para além de funcionarem como modelo e fonte de reforço, influenciam as ideias, sentimentos que o filho tem sobre si próprio, o tipo de pessoa que deveria ser, e ainda são um mediador parcial relativamente às variáveis raça, sexo e estatuto socioeconómico. Vaz Serra e colaboradores (1987a/c) e Veiga (1988) também consideram que quanto mais positiva a atmosfera familiar, melhor é o auto-conceito, visto que a tolerância, a compreensão, a ajuda e o incentivo para vencer as dificuldades são essenciais para a criação de um bom auto-conceito. Noller e colaboradores (1992, cit. in Peixoto, 2004) e Peixoto (2004) afirmam, igualmente, existir uma relação positiva entre os níveis de intimidade e de funcionamento democrático no relacionamento familiar com as diversas dimensões do auto-conceito. Weber, Brandenburg e Viezzer (2003) comprovaram, por sua vez, a existência da relação significativa entre o grau de optimismo e os estilos parentais, sendo que o estilo parental apoiante com autoridade apresentou as maiores médias de optimismo. Assim, e recordando as particularidades dos resultados obtidos no nosso estudo, no que se refere à pesquisa da associação entre relações com os pais e auto-conceito, e na qual apenas uma correlação positiva moderada e muito significativa (autonomia/sobreprotecção mãe do QRPE e impulsividade/actividade do inventário clínico do auto-conceito [, 263]) vai de encontro aos dados com sujeitos ditos normais, vale a pena investigar até que ponto os sujeitos portadores de deficiência mental ligeira percebem a realidade, também pessoal e interpessoal, de modo diferente daqueles sujeitos.

5.2- A IRRELEVÂNCIA DO SEXO DOS SUJEITOS A NÍVEL DAS RELAÇÕES PAIS – FILHOS E DO AUTO-CONCEITO

Relativamente à segunda hipótese (**o sexo dos sujeitos não tem relevância significativa a nível das relações pais – filhos e do auto-conceito**), esta foi totalmente comprovada, podendo concluir-se que o sexo dos sujeitos da nossa amostra não exerce qualquer influência na relação entre pais e filhos, bem como na construção do auto-conceito, apesar de os pais interagirem desde o nascimento mais com os filhos do mesmo género (Vaz Serra, Firmino & Matos, 1987c). Esta conclusão vai ao encontro de Vaz Serra (1986b) que, nos seus estudos sobre auto-conceito, não verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos, apesar de o sexo feminino apresentar níveis superiores no auto-conceito. Todavia, não vai ao encontro de Simões (2000) que refere que os seus estudos asseguram que o sexo feminino apresenta, com uma diferença significativa, níveis inferiores no auto-conceito, nem ao de Lamb e Billings (1997, cit. in Silva & Dessen, 2001), porque consideram que os pais têm expectativas mais altas em relação aos filhos do que às filhas.

Por sua vez, no que diz respeito às relações entre pais e filhos, Steinberg (1991, cit. in Fleming, 1993), Rohner e Pettengil (1985, cit. in Fleming, 1993) e Fleming (1993) também afirmam que aos rapazes lhes é dada mais autonomia que às raparigas e Vaz Serra, Firmino e Matos (1987c) referem que as relações dos progenitores tendem a ser mais tolerantes e apreciadoras para com as raparigas.

5.3- AS RELAÇÕES PAIS – FILHOS E O AUTO-CONCEITO EM FUNÇÃO DA IDADE DOS SUJEITOS

Como as relações se modificam ou devem modificar ao longo das diferentes etapas do desenvolvimento dos filhos, dos pais e da família, em função das suas tarefas desenvolvimentais, assim como em função das gerações ou épocas históricas, pretendeu-se aqui saber se a percepção dessas relações se modifica tendo em conta a idade dos filhos. Esta variável é susceptível de permitir captar não só etapas de desenvolvimento diferentes, mas

também a influência de épocas diferentes em termos de práticas educativas. Tratando-se de uma população especial, relativamente à qual escasseiam estudos deste tipo, foi assim interessante verificar se a idade é ou não um aspecto relevante e diferenciador na avaliação da relação estabelecida com os pais. Da mesma forma, se procurou saber se o auto-conceito apresentava diferenças em função da idade.

Considerando os resultados obtidos relativamente à hipótese 3 (**existe uma diferença entre o grupo de adolescentes e jovens adultos com deficiência mental ligeira (15-30 anos) e o dos adultos com deficiência mental ligeira (31-61 anos) em termos de relações pais – filhos e de auto-conceito**), esta não foi comprovada, uma vez que no estudo, através do teste U de *Mann Whitney*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários (ver Tabela 10). Neste sentido, e no que se refere ao auto-conceito, os resultados não estão de acordo com Gecas (1982), visto que este afirma que é na meia-idade e, de seguida, na fase de adulto jovem que se verifica a existência de valores mais baixos no auto-conceito. Em termos de relações pais – filhos, a hipótese também não foi comprovada, deixando supor que estes sujeitos não possuem uma vinculação normativa com os seus pais, e não terão desenvolvido como adultos níveis mais elevados de confiança, interdependência, compromisso, satisfação e auto-conceito (e.g. Simpson, 1990). Também um outro estudo com a população normal (Figueiredo, 1985) assinala as modificações associadas às diferentes fases de desenvolvimento, constatando que há uma tendência constante e progressiva, com a idade, no sentido da valorização da autonomia, desobediência e desidealização dos pais.

Na população dita normal, assinalam-se assim, com frequência, alterações das relações pais-filhos de acordo com a sua fase de desenvolvimento. Na infância, as relações com os pais caracterizam-se pela busca de proximidade e sinais de bem-estar e segurança (West & Sheldon-Keller, 1994). Na adolescência, os pais continuam a ser uma base segura, sendo fulcral a confiança do adolescente na acessibilidade e responsividade dos pais (Bowlby, 1982), mas passando estes a funcionar como figuras de vinculação “na reserva” (Weiss, 1982), visto que a vinculação segura com os pais é crucial para o bem-estar durante a adolescência e no estado adulto (Bowlby 1982). Devido à maneira como a relação de vinculação para a segurança e bem-estar do indivíduo é mantida ou estabelecida, esta vai sofrer uma considerável mudança em função das sucessivas conquistas desenvolvimentais (Soares, 1996) nos indivíduos ditos normais. Tendo em conta os resultados obtidos, que contrariam a ideia de influência do grupo etário, provavelmente devido à deficiência mental ligeira que está associada aos sujeitos da amostra, estes não terão vivenciado certas conquistas

desenvolvimentais, sendo que, entre o grupo de adolescentes e jovens adultos e o dos adultos parecem não existir diferenças, contrariamente ao que se verifica na população normal.

Atendendo ainda às diferenças desenvolvimentais nas relações, assinala-se que a vinculação na criança é essencialmente complementar e que nos adultos há uma reciprocidade, pois eles simultaneamente procuram e garantem segurança (Cicchetti & Toth, 1995). Contudo, podem incluir padrões intermitentes de complementaridade (Hinde & Stevenson-Hinde, 1986). Para além disso, na vida adulta as figuras de vinculação deixam de se resumir aos pais, passando a englobar os pares, com os quais o indivíduo procura manter a segurança do mesmo modo que fazia com os pais (Cicchetti & Toth, 1995). O funcionamento da vinculação tende a ser menos evidente na idade adulta do que na infância, devido ao facto de serem menos frequentes na vida adulta as situações que activam o sistema de vinculação. E, mesmo quando ocorrem, o adulto tende a ser mais tolerante à separação do que a criança (Soares, 1996). Contudo, julga-se que sujeitos com deficiência mental ligeira não conseguirão, apesar de adultos, como na nossa amostra, efectuar a vinculação como os adultos ditos normais, devido à sua especificidade, continuando a ser, na grande maioria, os pais as figuras de vinculação e não os pares, contrariamente à população normal.

Para além destas questões, as relações íntimas na idade adulta funcionam para proteger o indivíduo e propiciar a oportunidade para ser tão auto-confiante quanto possível, em cada momento do desenvolvimento (Marvin & Britner, 1999). Assim, pensa-se que estas relações íntimas na idade adulta, poderão, provavelmente, contribuir para a construção de ideias e sentimentos próprios a partir das experiências que vão sucedendo. Como se constata na caracterização da amostra do estudo, a grande maioria dos sujeitos, mesmo os do grupo etário mais elevado, são solteiros e, por isso, julga-se que terão relações íntimas reduzidas, contribuindo este facto, assim, para não terem opiniões, sentimentos e ideias próprias, em qualquer das fases de desenvolvimento consideradas, que pudessem ter reflexo a nível das relações pais-filhos e do auto-conceito, diferenciando os mais novos dos mais velhos.

No que concerne especificamente ao auto-conceito, os nossos resultados parecem sugerir que em sujeitos com deficiência mental ligeira, a idade não é relevante para a construção do auto-conceito, podendo-se verificar tanto um auto-conceito positivo como negativo em qualquer das faixas etárias tidas em conta, ao contrário do que se verifica na literatura sobre a população dita normal. Deste modo, os resultados obtidos nesta amostra de sujeitos parecem ser diferentes dos apresentados na literatura de Gecas (1982) sobre a população dita normal, e por isso não são corroborados pela mesma, uma vez que o autor

afirma que é na meia-idade e de seguida na fase de adulto jovem que se verifica a existência de valores mais baixos no auto-conceito.

Posto isto, o resultado do nosso estudo indica que o factor idade, na deficiência mental ligeira, não é determinante para influenciar as relações pais – filhos nem o auto-conceito dos sujeitos, se compararmos dois grupos etários sequenciais, um de adolescentes e jovens adultos e outro de adultos. Tal resultado poderá, provavelmente, advir do facto de estes sujeitos desempenharem constantemente a mesma actividade e de viverem sempre no mesmo ambiente familiar e com o mesmo estilo de vida ao longo da sua existência, uma vez que também não reúnem as capacidades necessárias para alterarem as suas vidas. Assim, talvez se estes sujeitos sofressem alterações no seu quotidiano, com actividades e/ou tarefas que considerassem estimulantes, com as quais se sentissem úteis, eles experimentassem modificações visíveis em termos da percepção do seu auto-conceito e das relações com os seus pais.

No entanto, cabe dizer que o facto de considerarmos no presente estudo, para avaliar o efeito da idade, dois grupos etários que representam maioritariamente adultos, embora em fases diferentes, poderá não ter permitido detectar diferenças que serão certamente mais evidentes entre fases de desenvolvimento mais contrastantes, mesmo tratando-se de uma população especial. Esta será uma questão interessante para investigação futura.

Por fim, tal como se tem vindo a referir ao longo desta secção, cabe salientar que a deficiência mental ligeira dos sujeitos da amostra é uma especificidade importante a ter em conta na interpretação dos resultados obtidos, pois, Castilho (2003) também refere que os resultados da sua investigação sugerem que o défice cognitivo parece ser um factor importante para uma menor expansividade nas preferências e rejeições dos jovens e pode igualmente influenciar a forma como os jovens avaliam a relação entre competências sociais apropriadas e inapropriadas, uma vez que os alunos com deficiência mental ligeira têm mais percepções positivas incorrectas, devido à menor percepção adequada das preferências de que são alvo. Com isto, queremos mencionar que as limitações cognitivas parecem determinar trajectórias diferentes na população com deficiência mental ligeira, comparativamente à população dita normal.

CONCLUSÕES

A sociedade define constantemente a deficiência como uma incapacidade, algo indesejado e com limitações para quem a apresenta, usualmente maiores do que as efectivamente existentes, já que é ela quem define os padrões de beleza e perfeição. Deste modo, leva a que a pessoa com deficiência sofra as consequências dessa determinação através de estigmatizações, segregações e atitudes erróneas, assentes em princípios igualmente errados, como o de que a pessoa não tem interesse ou capacidade para se integrar na sociedade (Buscaglia, 1997, cit. in Souza & Boemer, 2003). É por isso que a grande maioria das pessoas com deficiência mental, quando terminam a formação profissional, voltam a permanecer nas suas residências sem qualquer posto de trabalho em vista, sendo que algumas acabam por nunca abandonar as instituições. Neste sentido, poucas são as pessoas com deficiência mental que ingressam no mercado de trabalho. Nesta linha, as interações estabelecidas pelo indivíduo, mesmo com deficiência mental, são determinantes, não só pela formação da ideia acerca do outro, mas especialmente para a criação de uma imagem acerca de si próprio, que resulta da informação (*feedback*) transmitida pelas pessoas que lhe são significativas, da apreciação que o indivíduo faz das mesmas e da experiência com o ambiente social. Assim, justifica-se incrementar o conhecimento em certos aspectos, como o auto-conceito e as relações pais-filhos, junto desta população especial.

No que se refere ao nosso estudo, os dados obtidos revelam, antes de mais, que a especificidade dos sujeitos, portadores de deficiência mental ligeira, marcou, nitidamente sobretudo os resultados relativos à primeira e terceira hipóteses. Posto isto, no que respeita à existência de uma associação entre as relações pais – filhos e ao auto-conceito, verificou-se uma correlação negativa significativa, mas de baixa magnitude entre a maturidade psicológica e a aceitação/rejeição, no que se refere ao pai. Para além disso, foram igualmente observadas correlações negativas moderadas e baixas, respectivamente, entre a auto-eficácia e o auto-conceito total com a autonomia/sobreprotecção. Já relativamente à mãe, os nossos resultados apontam para uma correlação negativa de baixa magnitude entre a auto-eficácia e o factor relação apreciativa/inferiorizante mãe e para uma correlação, também inversa, entre a impulsividade/actividade e a aceitação/rejeição mãe. Neste sentido, apesar de um dos aspectos determinantes na génese do auto-conceito ser, sem dúvida, a influência dos pais/família, quer como modelos quer como fonte de reforço, os nossos resultados, apesar de salientarem eventuais associações entre as relações estabelecidas com os pais e o auto-conceito dos filhos,

salientam a possibilidade de um percurso não normativo no que se refere às associações habitualmente referidas pela literatura e contraditórias às que encontramos (Wylie, Miller, Cowles e Wilson, 1979; Vaz Serra *et al.*, 1987a/c; Noller e colaboradores, 1992, cit. in Peixoto, 2004; Peixoto, 2004; Veiga, 1988), uma vez que aquela literatura refere, por exemplo, que uma atmosfera familiar positiva está relacionada com um melhor auto-conceito. No que diz respeito aos nossos resultados, apenas se assinala neste mesmo sentido a correlação positiva entre a impulsividade/actividade e a autonomia/sobreprotecção mãe. Posto isto, podemos concluir que, de facto, a deficiência mental ligeira, enquanto característica principal da amostra, se salientou nesta nossa primeira hipótese.

Em relação à hipótese de não existir uma relevância significativa do sexo a nível das relações pais – filhos e do auto-conceito, os nossos resultados confirmam esta afirmação, uma vez que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente ao auto-conceito (*auto-conceito total*) e ao questionário sobre relações pais – filhos (*QRPE nota global*). No entanto, estes resultados não são corroborados por Lamb e Billings (1997, cit. in Silva & Dessen, 2001) que, relativamente às relações pais – filhos, atestam que os pais têm expectativas mais altas em relação aos filhos do que às filhas, por Vaz Serra, Firmino e Matos (1987c), que afirmam que os pais interagem desde o nascimento mais com os filhos do mesmo género e que as relações dos progenitores tendem a ser mais tolerantes e apreciadoras para com as raparigas, por Simões (2000) que refere que o sexo feminino apresenta, com uma diferença significativa, níveis inferiores no auto-conceito, por Steinberg (1991, cit. in Fleming, 1993), Rohner e Pettengil (1985, cit. in Fleming, 1993) e por Fleming (1993) que afirmam que aos rapazes lhes é dada mais autonomia que às raparigas. No entanto, os nossos resultados são corroborados por Vaz Serra (1986b) o qual refere, nos seus estudos, que, apesar do sexo feminino apresentar níveis superiores no auto-conceito, não verificou uma diferença estatisticamente significativa. Neste sentido, concluindo que o sexo não influencia as relações pais – filhos e o auto-conceito, encontramos a sugestão de que, em certos aspectos, e considerando a literatura, a amostra com que lidámos pode apresentar especificidades, relativamente à população sem deficiência, também no que se refere ao papel da variável sexo.

Um dos objectivos do presente estudo foi verificar a existência de uma diferença entre os grupos etários (adolescentes e jovens adultos entre os 15 e 30 anos e adultos entre os 31 e 61 anos) em termos de relações pais – filhos e de auto-conceito. Partindo de uma terceira hipótese que afirmava a diferença, os nossos resultados permitiram-nos chegar à conclusão de

que a faixa etária não é relevante, uma vez que não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Neste sentido, os resultados alcançados não são corroborados por Gecas (1982), visto que este afirma que é na meia-idade e de seguida na fase de adulto jovem que se verifica a existência de valores mais baixos no auto-conceito. Da mesma forma, não são, corroborados por Figueiredo (1985), que constatou que há uma tendência constante e progressiva com a idade, no sentido da valorização da autonomia, desobediência e desidealização dos pais. Deste modo, podemos concluir que, tal como já foi acima mencionado, a deficiência mental ligeira, enquanto característica principal da amostra, também se salientou nesta nossa terceira hipótese.

Apesar das conclusões apresentadas através deste trabalho serem encaradas por nós como uma mais-valia na compreensão da associação entre as relações pais – filhos e o auto-conceito, junto dos sujeitos com deficiência mental ligeira, a nossa pesquisa apresenta algumas limitações, bem como alguns pontos que poderão ser objecto de maior exploração.

Neste contexto, seria importante termos tido acesso a uma amostra maior, bem como a uma amostra com sujeitos com deficiência mental ligeira integrados no mercado normal de trabalho, o que, entre outros factores, poderia resultar num grupo comparativo relativamente aos sujeitos que participaram no nosso estudo, permitindo depois verificar se existiam diferenças ao nível das relações pais – filhos e do auto-conceito segundo essa condição.

Teria também sido importante efectuar-se a aplicação de um instrumento aos pais dos nossos sujeitos que nos permitisse avaliar a percepção da sua relação familiar e compará-la com a dos seus filhos.

Ao nível da compreensão do desenvolvimento e estabilidade da trajectória da percepção das relações pais – filhos e do auto-conceito destes sujeitos, tornar-se-ia relevante proceder à aplicação dos mesmos instrumentos que utilizámos, aos mesmos sujeitos, anos mais tarde, o que proporcionaria uma visão longitudinal, que nos foi impossibilitada dado o carácter transversal do nosso estudo.

Contudo, o nosso estudo é pertinente, visto que, para além da maior compreensão que possibilita em torno das especificidades das relações pais – filhos e do auto-conceito em sujeitos com deficiência mental ligeira, permite também abrir caminho, ao nível da prática, a uma abordagem mais sistémica e desenvolvimental por parte do psicólogo, uma vez que, nas instituições, é muitas vezes junto deste que os sujeitos abordam as suas problemáticas

familiares. Seria uma mais-valia ao nível da intervenção que tal se verificasse, através de um trabalho não apenas centrado no próprio sujeito, mas também na sua família.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. (1986). *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Adams, G., Dyk, P. & Bennion, L. (1990). Parent-Adolescent Relationships and Identity Formation. In B.K. Barber & B.C. Rollins (Eds.), *Parent-Adolescent Relationships*. (pp. 1-17). New York: University Press of America.
- Albuquerque, C. (2005). Deficiência Mental Ligeira: Funcionalidade e Transição para a Vida Pós-escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 89-110.
- Albuquerque, M. (1990). Definir a Deficiência Mental. *Psychologica*, 4, 149-160.
- Albuquerque, M. (1996). *A Criança com Deficiência Mental Ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Allison, P. (2002). *Missing Data*. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in Social Sciences. (pp. 7-136). Thousand Oaks, CA: Sage.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. DSM-IV-TR. (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews, F. (1981). *A Guide for Selecting Statistical Techniques for Analysing Social Science Data*. Michigan: Institute for Social Research.
- Baptista, M. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10 (1), 11-19.
- Bariaud, F. & Bourcet, C. (1994). Le Sentiment de la Valeur de Soi. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 23 (3), 271-290.
- Barnett, W. (1986). Definition and Classification of Mental Retardation: A reply to Zigler, Balla and Hodapp. *American journal of Mental Deficiency*, 91, 111-116.
- Barros, J., Gordon, R., Ruiz, J., Martel, B., Hernás, M. & Ortega, C. (1999). Evaluación Médica y Psicosocial de una Población Adulta com Discapacidad Intelectual. *Revista Salud Pública*, 73 (3), 383-392.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment Style among Young Adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Batista, M. & Enumo, S. (2004). Inclusão Escolar e Deficiência Mental: análise da interação social entre companheiros. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), 101-111.
- Baumeister, A. (1987). Mental Retardation: some conceptions and dilemmas. *American Psychologist Association*, 42 (8), 796-800.

Baumrind, D. (1967). Child care Practices Antecedent to three Patterns of Pre-school Behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.

Bayle, F. (2004). O Demente, a Família e as suas Necessidades. *Análise Psicológica*, 3 (22), 621-627.

Beavers, J. Hampson, R., Hulgus, Y. & Beavers, W. (1986). Coping in Families with a Retarded Child. *Family Process*, 25, 365-377.

Bednar, R. & Peterson, S. (1995). *Self esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*. (2ª Ed.). Washington: American Psychological Association.

Beirne-Smith, R., Ittenbach, R. & Patton, J. (2002). *Mental Retardation*. (6ª Ed.). New Jersey: Merrill Prentice Hall.

Belsky, J. (1981). Early Human Experience: a perspective. *Developmental Psychology*, 17, 2-23.

Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.

Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 22 (6), 723-742.

Belsky, J. & Fearon, R. (2004). Exploring Marriage-Parenting Typologies, Their Contextual Antecedents and Developmental Sequelae. *Development and Psychopathology*, 16, 501-524.

Belsky, J. & Jafee, S. (2006). The Multiple Determinants of Parenting. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology. Risk, disorder and psychopathology*. (3 vols.). (pp. 38-85). New York: Wiley & Sons.

Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M. & Volling, B. (1991). Patterns of Marital Change and Parent-child Interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 53 (2), 487-498.

Berman, W. & Sperling, M. (1994). The Structure and Function of Adult Attachment. In M. Sperling & W. Berman (Eds.), *Attachment in Adults: clinical and developmental perspectives*. (pp. 3-28). New York: Guilford Press.

Blacher, L. & Hatton, C. (2001). Current Perspectives on Family research in Mental Retardation. *Curr Opin Psychiatry*, 14, 477-482.

Blétière, A. (1997). O Deficiente Mental e o Emprego – um projecto profissional realista. *Integrar*, 13, 41-46.

Blossom, J. & Supplitt, G. (1990). Practice Sketch Mental Retardation: stories from family practice. *Family Systems Medicine*, 8 (3), 285-290.

Bowlby, J. (1982, 1ª ed. 1969). *Attachment and Loss*. (1 vol.). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1984). *Attachment and Loss: attachment*. (2ª Ed.). Harmondsworth: Penguin Books.

Bradford, E. & Lyddon, W. (1994). Assessing Adolescent and Adult Attachment: an update. *Journal of Counseling and Development*, 73, 215-219.

Bretherton, I. (1985). Attachment Theory: retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points on Attachment Theory and Research*. (pp. 3-35). Chicago: Chicago University Press.

Broman, P., Nichols, P., Shaughnessy, P. & Kennedy, W. (1987). *Retardation in Young Children: a developmental study of cognitive deficit*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.

Byrne, B. & Shavelson, R. (1996). On the Structure of Social Self-Concept for Pre-early and Late Adolescents: a test of the Shavelson, Hubner & Stanton (1976). *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (3), 599-613.

Canavarro, M. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental: uma abordagem ao longo ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

Carapeta, C., Ramires, A. & Viana, M. (2001). Auto-conceito e Participação Desportiva. *Análise Psicológica*, 1 (19), 51-58.

Cardoso, R., Moura, L., Pais, A. & Veríssimo, R. (1986). O Auto-conceito e as Perturbações Psicopatológicas de Nível Neurótico. *Psiquiatria Clínica*, 3 (7), 189-193.

Carneiro, G., Martinelli, S. & Sisto, F. (2003). Auto-conceito e Dificuldades de Aprendizagem na Escrita. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3), 427-434.

Carsrud, A. (1986). Effects of Structured Social Interaction with Geriatric Mentally Retarded Clients: an exploratory study. *Journal of Psychology and Aging*, 1 (1), 78-79.

Castilho, P. (2003). *A Deficiência Mental Ligeira e a Aceitação Social pelos Pares: a Importância das Competências Sociais*. Dissertação de Mestrado, Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Castro, E. & Piccinini, C. (2002). Implicações da Doença Orgânica Crónica na Infância para as Relações Familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 625-635.

Cherubini, Z., Bosa, C. & Bandeira, D. (2008). Estresse e Autoconceito em Pais e Mães de Crianças com a Síndrome do X – Frágil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (3), 409-417.

Cicchetti, D. & Toth, S. (1995). Child maltreatment and attachment organization: implications for intervention. In S. Golberg & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*. (pp. 279-308). London: The Analytic Press.

Cornell, D., Pelson, G., Bascian, L., Landrum, M., Ramsay, S., Cooley, M., Lynch, K. & Hamrich, E. (1990). Self-concept and Peer Status among Gifted Program Youth. *Journal of Educational Psychology*, 82 (3), 456 – 463.

Costigan, C., Floyd, F., Harter, K. & McClintock, J. (1997). Family Process and Adaptation to Children With Mental Retardation: Disruption and Resilience in Family Problem-Solving Interactions. *Journal of Family Psychology*, 11 (4), 515-529.

Cox, M. & Paley, B. (1997). Families as Systems. *Annual Review Psychology*, 48, 243-267.

Cox, M. & Paley, B. (2003). Understanding Families as Systems. *Current Directions in Psychology Science*, 12 (5), 193-196.

Cummings, M., Davies, P. & Campbell, S. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process: theory, research and clinical implications*. New York: Guilford Press.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.

De Wolff, M. & Van Ijzendoorn, M. (1997). Sensitivity and Attachment: a Meta-analysis on Parental Antecedents of Infant Attachment. *Child Development*, 68 (4), 571-591.

Dessen, M. & Silva, N. (2002). Deficiência Mental e Família: uma análise da produção científica. *Paidéia, FFCLRP-USP*, 12-23.

Doll, E. (1940, Março). *The Nature of Mental Deficiency*. Comunicação apresentada no Seminário de Pós-graduação em Psicologia, Princeton.

Dykens, E. (2006). Toward a Positive Psychology of Mental Retardation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 185-193.

Dunn, J. (1988). Relations among Relationships. In S. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships: theory, research and interventions*. (pp. 193-209). New York: John Wiley & Sons.

Eaterbrooks, M. & Emde, R. (1988). Marital and Parent-child Relationship: the Role of Affect in the Family System. In R.A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within Families mutual Influences*. (pp. 104-118). Oxford: Oxford University Press.

Edelstein, R., Alexander, K., Shaver, P., Schaaf, J., Quas, J. & Goodman, G. (2004). Adult attachment Style and Parental Responsiveness during a Stressful Event. *Attachment and Human Development*, 6 (1), 31-52.

Engfer, A. (1992). Difficult Temperament and Child Abuse. Notes on the Validity of the Child-effect Model. *Análise Psicológica*, 10 (1), 55-62.

Epstein, S. (1973). The Self-concept revised: our atheory of a theory. *American Psychologist*, 28, 404-416.

Faria, L. (2005). Desenvolvimento do Auto-conceito Físico nas Crianças e nos Adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (23), 361-371.

Faria, L. & Fontaine, A. (1990). Avaliação do Conceito de Si Próprio de Adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de consulta psicológica*, 6, 97-105.

Félix, I. (2004). Sexualidade e a Deficiência Mental. *Integrar*, 22, 33-36.

Fernandes, M. (1997). Sobre o emprego de Pessoas com Deficiência. *Integrar*, 13, 5-13.

Figueiredo, E. (1985). *O Conflito de Gerações*. Porto: Edições Afrontamento.

Figueiredo, S., Pires, A., Candeias, M., Miguel, M., Bettencourt, J. & Cotrim, L. (2008). Comportamento Parental face à Trissomia 21. *Análise Psicológica*, 2 (26), 355-365.

Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia: o Desenvolvimento Psicológico e a Relação com os Pais*. Porto: Edições Afrontamento.

Fonseca, V. (1980). Aprendizagem e Deficiência Mental. *Análise Psicológica*, 1 (1), 63-85.

Gable, S., Belsky, J. & Crnic, F. (1992). Marriage, Parenting and Child Development. *Journal of Family Psychology*, 5 (3-4), 276-294.

Gecas, V. (1982). The Self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.

Greenberg, M., Siegel, J. & Leitch, C. (1983). The Nature and Importance of Attachment Relationships to Parents and Peers during Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12 (5), 373-386.

Gonçalves, C. (2003). Enquadramento Familiar das Pessoas com Deficiência: uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. *Instituto Nacional de Estatística*.

Pesquisado em
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106259&ESTUDOSmodo=2, em Maio de 2010.

Greenberg, M. (1999). Attachment and Psychopathology in Childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. theory, research and clinical applications*. (pp. 469-496). New York: The Guilford Press.

Grifa, A. & Rigon, G. (1980). A Integração Escolar da Criança Deficiente em Bolonha: um primeiro balanço. *Análise Psicológica*, 1 (1), 47-62.

Grossman, H. (1983). *Classification in Mental Retardation*. (3ª Ed.). Washington: American Association Association on Mental Deficiency.

Gullone, E. & Robinson, K. (2005). The Inventory of Parent and Peer Attachment-revised (IPPA-R) for Children: a psychometric evaluation investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 67-79.

Harter, S. (1983). Developmental Perspectives on the Self-system. In P.H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology*. (4 vols.). (4ª Ed.). (pp. 275-386). New York: Wiley & Sons.

Harter, S. (1985). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53, 87-97.

Hartrup, W. (1986). On Relationships and Development. In W. Hartrup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and Development*. (pp. 1-26). Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.

Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic Love conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Hazan, C. & Shaver, P. (1990). Love and Work: an attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 524-536.

Hill, T. & Lewicki, P. (2006). *Statistics – Methods and Applications. A comprehensive Reference for Science, Industry and Data Mining*. StatSoft Inc.

Hinde, A. & Stevenson-Hinde, J. (1986). Relating Childhood Relationships to Individual Characteristics. In W. Hartrup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and Development*. (pp. 27-50). Hillsdale: Lawrence Earlbaum.

Hokoda, A. & Fincham, F. (1995). Origins of Children's Helpless and Mastery Achievement Patterns in the Family. *Journal of Educational Psychology*, 87 (3), 375-385.

Howell, D. (2002). *Statistical Methods for Psychology* (5ªEd.). Duxbury: Pacific Grove.

Inhelder, B. (1963). *Le Diagnostic du Raisonnement chez les Débiles Mentaux*. (2^a Ed.). Paris: Delachaux & Niestlé.

Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação Nacional das Profissões*. Lisboa: Autor.

Jacobson, T., Edelstein, W. & Hofman, V. (1994). A Longitudinal Study of the Relation between Representations of Attachment in Childhood and Adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 112-124.

James, W. (1980). *Principles of Psychology*. New York: Henry Holt.

Kaplan, H. & Sadock, B. & Grebb, J. (1994). *Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. (7^a Ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kavanagh, J. (1988). *Understanding Mental Retardation*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. (2 vols.). New York: W. W. Norton.

Keltner, B. & Ramey, S. (1992). The Family. *Current Opinion in Psychiatry*, 5, 638-644.

Kim, S. & Ittenbach, R.. (2002). Psychosocial Aspects of Mental Retardation. In R. Beirne-Smith, R. Ittenbach & J. Patton (Eds.), *Mental Retardation*. (6^a Ed.). (pp. 196-233). New Jersey: Merrill Prentice Hall.

Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachmentworking Models, Affect Regulation and Representations of Self and Other. *Child Development*, 59, 135-146.

Lane, P. & Chamberlain, J. (2002). Biological Sources of Mental Retardation and Efforts for Prevention. In R. Beirne-Smith, R. Ittenbach & J. Patton (Eds.), *Mental Retardation*. (6^a Ed.). (pp. 150-195). New Jersey: Merrill Prentice Hall.

Lemos, M. & Meneses, H. (2003). A Avaliação da Competência Social: Versão Portuguesa da Forma para Professores do SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (3), 267-274.

Little, R. (1988). Missing data in Large Surveys. *Journal of Business and Economic Statistics*, 6,287-301.

Lopes, R. (2006). O Auto-conceito revisitado. *Psychologica*, 41, 317-327.

Lopez, J., Pineda, L. & Botell, M. (2005). Retraso Mental y Calidad de Vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 45 (5215), 1-7.

Lowenstein, M. & Field, T. (1992). Maternal Depression effects on Infants. *Análise Psicológica*, 10 (1), 63-69.

Luke, M., Maio, G. & Carnelley, K. (2004). Attachment Models of the Self and Others: relations with Self-esteem, Humanity-esteem and Parental Treatment. *Personal Relationships*, 11, 281-303.

Maccoby, E. & Masters, J. (1970). Attachment and Dependency. In P. Mussen (Ed.), *Charmichael's manual of child psychology*. (2 vol.). (pp.73-158). New York: Wiley.

Maclaren, J. & Bryson, S.E. (1987). Review of Recent Epidemiological Studies of Mental Retardation: prevalence, associated disorders and etiology. *American Journal on Mental Retardation*, 92, 243-254.

Machado, C. (2008). Avaliação de Alegações de Abuso Sexual de Pessoas com Deficiência Mental. *Psychologica*, 48, 293-315.

Machado, M. & Morgado, R. (1992). A Educação Parental: delineamentos para uma intervenção. *Análise Psicológica*, 1 (10), 43-49.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood and Adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points on Attachment: theory and research*. (66-104). Chicago: Chicago University Press.

Markus, H. & Cross, S. (1990). The Interpersonal Self. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: theory and research*. (pp. 576 - 608). New York: The Guilford Press.

Markus, H. & Wurf, E. (1986). The Dynamic Self-concept: a social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 51 (4), 858-866.

Markus, H. & Wurf, E. (1987). The Dynamic Self-concept: a social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.

Marlatt, G. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marsh, H. & Shavelson, R. (1985). Self-concept: its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychology*, 20 (3), 107-123.

Martinez, V. & Parra, Z. (2007). El impacto del Deficit Mental em el Âmbito Familiar. *Editorial Ciências Médicas*, 23 (3), 1-3.

Marvin, R. & Britner, P. (1999). Normative Development: the ontogeny of attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: theory, research and clinical applications*. (pp. 44-67). New York: Guilford Press.

Matos, A., Canavarro, C. & Vaz Serra, A. (1996). Ansiedade nos exames: relação com a Ansiedade Social, o Auto-conceito e as Estratégias de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 17 (4), 337-346.

Mercer, J. (1973). *Labeling the Mentally Retarded: Clinical and Social System Perspective on Mental Retardation*. California: University of California Press.

Minuchin, M. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge: Harvard University Press.

Moon, M., Inge, R., Wehman, P., Brooke, V. & Barcus, J. (1990). *Helping Persons with Severe Mental Retardation get and keep Employment: supported employment strategies and outcomes*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Morato, P., Dinis, A., Fernandes, C., Alves, C., Gonçalves, P., Lima, R. & Marques, S. (1996). A Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Integrar*, 9, 5-14.

Moss, E. & Strayer, F. (1990). Interactive Problem-solving of gifted and non-gifted Preschoolers with their Mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 13 (2), 177-197.

Mourão, A. (1995). A Integração Social do Deficiente Visual. *Integrar*, 6, 23-25.

Mumbunda, L. (2003). *Valeurs Personnelles, Image de soi et Representation du Père chez les Adolescents de Kisangani*. Dissertação de Doutoramento, Bruxelles: Faculté des Sciences Psychologiques et de l'Education de la Université Libre de Bruxelles.

Nash, A. (1988). Ontogeny, Phylogeny and Relationships. In S. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships: theory, research and interventions*. (pp. 121-141). New York: John Wiley & Sons.

Newmann, C., Shafer, M., Kaminski, P., Vicent, R. & Ramos, R. (2002). Multifaceted Self-concept: associations with child behavior problems in hispanic children. Comunicação apresentada na *Annual Conference of the American Psychological Association*.

Oppenheim, D. (1997). The Attachment doll-play interview for Preschoolers. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 681-697.

O.M.S. (1989). Classificação Internacional das Deficiências Incapacidades e Desvantagens. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação (Tradução do original em Inglês International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps, OMS, 1980).

Peixoto, F. (2004). Qualidade das Relações Familiares, Auto-estima, Auto-conceito e Rendimento Académico. *Análise Psicológica*, 1 (22), 235-244.

Peixoto, F. & Rodrigues, P. (2005). Atitudes Parentais em Relação ao Desempenho Académico dos filhos e sua Relação com o Auto-conceito, Auto-estima e Motivação. In B. D. Silva & L.S. Almeida (Eds.), *Actas do VIII Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*, (pp. 803-818). Braga: Universidade do Minho (Edição em CD-rom).

Peixoto, L. (1999). *Auto-estima, Inteligência e Sucesso Escolar (auto-conceito académico, aspiração – expectativa académica, atitude face ao estudo e à ocupação)*. Braga: APPACDM Distrital de Braga.

Pereira, D. (2003). *Factores que influenciam o Comportamento Parental: Percepções de Pais e Filhos em situações de Maus Tratos*. Tese de Mestrado, Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Piaget, J. (1969). *Psychologie et Pédagogie*. Paris: Denoel-Gonthier.

Pianta, R., Marvin. R., Britner, P. & Borowitz, K. (1996). Mothers Resolution of Their Children's Diagnosis: organized patterns of caregiving representations. *Infant Mental Health Journal*, 17 (3), 239-256.

Pinola, A., Prette, Z. & Prette, A. (2007). Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Alunos com Deficiência Mental, alto e baixo Desempenho Académico. *Revista Brasileira*, 13 (2), 239-256.

Piveteau, D. (1997). L'Enfant Polyhandicapé, sa Famille, et le Monde Médical: Le point de vue d'un Père. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45 (9), 496-501.

Quentel, J. (1997). Le Problème de la Culpabilité chez les Parents d'Enfants Handicapés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45 (9), 487-495.

Reichert, C. & Wagner, A. (2007). Autonomia na Adolescência e sua Relação com os Estilos Parentais. *Psico-USF*, 38 (3), 292-299.

Reis, E. (1998). *Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.

Relvas, A.P. (1996). *O Ciclo Vital da Família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Rheingold, H. (1945). Interpreting Mental Retardation to Parents. *Journal of Consulting Psychology*, 9 (3), 142-148.

Richardson, S.A., Koller, H., Katz, M. & Maclaren, J. (1984). Carrer Paths through Mental Retardation Services: an epidemiological perspective. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, 53-67.

Rogers, C. (1951). *Client centered Therapy: its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton-Mifflin.

Rosanoff, A., Handy, M. & Plesset, R. (1937). The Etiology of Deficiency Mental with Special reference to its Occurrence in Twins. *Psychological Monographs*, 47 (4), 374-383.

Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle Childhood through Adolescence. In J.S. & A.G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the Self*. (3 vols.). (pp. 137-181). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Rubin, D. (1987). *Multiple Imputation for Nonresponse data in Surveys*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Rutter, M. (1995). Clinical Implications of Attachment Concepts: retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-571.

Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos Pais*. (13ª Ed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, T. (2007). Stress e Suporte Social em Familiares de Pessoas com Paralisia Cerebral. *Psicologia, saúde & doenças*, 8 (1), 143-149.

Santos, M. (1997). Prevenir Incapacidades e Reabilitar Deficientes. *Integrar*, 12, 5-10.

Shapka, J. & Keating, D. (2005). Structure and Change in Self-concept during Adolescence. *Canadian Journal of Behavioral Science*. Pesquisado em http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3717/is_200504/ai_n14683260/pg_6, em Fevereiro de 2010.

Shavelson, R. & Bolus, R. (1982). The Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17.

Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, G. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46 (3), 407-441.

Shek, D. (2000). Parental Marital Quality and Well-being, Parent-child Relational Quality and Chinese Adolescent adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 147-162.

Silva, N. & Dessen, M. (2001). Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (2), 133-141.

Silva, S. & Ferreira, J. (2007). Vivências Pessoais, Sociais e Acadêmicas dos Estudantes em contexto do Ensino Superior: Contributos do auto-conceito e do ambiente familiar. *Psychologica*, 45, 239-256.

Simões, M. (2000). *Características Motivacionais de Alunos do 3º Ciclo com Diferentes Opções Curriculares*. Dissertação de Mestrado, Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Simons, R., Whitbeck, L., Conger, R. & Melby, J. (1990). Husband and Wife differences in determinants of Parenting: a social learning and exchange model of parental behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 52 (2), 375-392.

Soares, I. (1996). *Representação da Vinculação na Idade Adulta e na Adolescência*. Braga: Universidade do Minho.

Soares, I. (2000). Introdução à Psicopatologia do Desenvolvimento: questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. (pp. 11-42). Coimbra: Quarteto Editora.

Sprovieri, M.H.S. & Assumpção, F.B.J. (2005). *Deficiência Mental: Sexualidade e Família*. São Paulo: Editora Manole.

Souza, L. & Boemer, M. (2003). O Ser-com o filho com Deficiência Mental – alguns desvelamentos. *Paidéia*, 13 (26), 209-219.

Sroufe, L. (2002). From Infant Attachment to Promotion of Adolescent Autonomy: prospective, longitudinal data on the role of parents in development. In J.G. Borkowski, S.L. Ramey & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world: influences on academic, intellectual and social-emotional development*. (pp. 187-202). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Stoneman, Z. (1997). Mental Retardation and Family Adaptation. In Jr. MacLean (Eds.). *Handbook of Mental Deficiency: psychological theory and research*. (pp. 405-425). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton.

Thompson, R. (1999). Early Attachment and later Development. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. theory, research and clinical applications*. (pp. 265-286). New York: The Guilford Press.

Trute, B. & Hauch, C. (1988). Building on Family Strength: A Study of Families with Positive Adjustment to the Birth of a Developmentally Disabled Child. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14 (2), 185-193.

Vasconcelos, M. (2004). Retardo Mental. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 71-81.

- Vaz Serra, A. (1986a). A Importância do Auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Vaz Serra, A., Gonçalves, S. & Firmino, H. (1986b). Auto-conceito e Ansiedade Social. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 103-108.
- Vaz Serra, A. & Firmino, H. (1986c). Relação entre Auto-conceito e Expectativas. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 85-90.
- Vaz Serra, A. & Firmino, H. (1986d). O Auto-conceito nos Doentes com Perturbações Emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 91-96.
- Vaz Serra, A. (1986e). O “Inventário Clínico de Auto-Conceito”. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.
- Vaz Serra, A., Firmino, H. & Matos, A. (1987a). Influência das Relações Pais/filhos no Auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 137-141.
- Vaz Serra, A., Firmino, H. & Matos, A. (1987b). O Auto-conceito e *Locus* de Controlo. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 143-146.
- Vaz Serra, A., Firmino, H. & Matos, A. (1987c). Relações Pais/filhos: alguns dados sobre as dimensões subjacentes. *Psiquiatria Clínica*, 8 (3), 127-136.
- Vaz Serra, A. (1988a). Atribuições e Auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz Serra, A. (1988b). O Auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (6), 101-110.
- Vaz Serra, A., Firmino, H., Barreiro, M. & Fael, I. (1989). Auto-conceito, Solidão e Comportamentos de lidar com Estados de Tensão. *Psiquiatria Clínica*, 10 (3), 157-164.
- Veiga, F. (1988). Disciplina Materna, Auto-conceito e Rendimento Escolar. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 47-56.
- Vieira, F. & Pereira, M. (2003). “*Se Houvera quem me Ensinara...*”. (2ª Ed.). Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Walsh, P. (2002). Ageing and Mental Retardation. *Curr Opin Psychiatry*, 15, 509-514.
- Weber, L., Brandenburg, O. & Viezzer, A. (2003). A Relação entre o Estilo Parental e o Optimismo da Criança. *Psico-USF*, 8 (1), 71-79.
- Weinfield, N., Sroufe, L. Egeland, B. & Carlson, E. (1999). The Nature of Individual differences in Infant-caregiver Attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. theory, research and clinical applications*. (pp. 68-88). New York: The Guilford Press.
- Weiss, S. (1982). Attachment in Adult Life. In C. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*. (pp. 171-184). New York: Basic Books.

Weiss, S. (1991). The Attachment bond in Childhood and Adulthood. In C. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the Life-cycle*. (pp. 66-76). London: Routledge.

West, M. & Sheldon-Keller, A. (1994). *Patterns of Relating – an Adult Attachment perspective*. (pp. 1-23). New York: The Guilford Press.

Wylie, C., Miller, P., Cowles, S. & Wilson, A. (1979). *The Self-concept: theory and research on selected topics*. London: University of Nebraska Press.

ANEXOS

ANEXO I

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

Questionário Sobre as Relações Pais-Filhos (QRPE)

G. BASTIN e H. DELREZ

NOME

Data / / Idade

Estado civil

Grau de Instrução

Profissão

Profissão do pai

Naturalidade

Residência

	Totais	Classes Normalizadas
Question. Geral		
Pai		
Mãe		
Total	*	

INSTRUÇÕES

Na série de proposições a seguir apresentadas deve marcar o seu acordo ou desacordo. Se estiver de acordo, coloque uma cruz (x) na coluna «Verdadeiro». Se não estiver de acordo, coloque uma cruz na coluna «Não Verdadeiro». Se não tiver a certeza ou não souber responder, coloque uma cruz na coluna «?».

Não escolha a resposta «?» a não ser que lhe seja de todo a impossível proceder de outra maneira.

As Relações Pais/Filhos e o Auto-conceito em sujeitos com Deficiência Mental Ligeira

	Verdadeiro	?	Não Verdadeiro
1. O meu pai tratava-me como a «um homenzinho» (ou «mulherzinha»).....			
2. A minha mãe tratava-me como a «um homenzinho» (ou «mulherzinha»).....			
3. O meu pai interessava-se regularmente pelo meu trabalho escolar.....			
4. A minha mãe interessava-se regularmente pelo meu trabalho escolar.....			
5. O meu pai zangava-se muitas vezes.....			
6. A minha mãe zangava-se muitas vezes.....			
7. Eu e o meu pai, falávamos, por vezes dos meus planos.....			
8. Eu e a minha mãe, falávamos, por vezes dos meus planos.....			
9. O meu pai dizia-me, frequentemente, que eu nunca seria nada na vida.....			
10. A minha mãe dizia-me frequentemente, que eu nunca seria nada na vida.....			
11. Por melhor que eu fizesse, o meu pai raramente ficava satisfeito.....			
12. Por melhor que eu fizesse, a minha mãe raramente ficava satisfeita.....			
13. O meu pai nem era muito exigente, nem muito benevolente, era justo.....			
14. A minha mãe nem era muito exigente, nem muito benevolente, era justa.....			
15. O meu pai falava dos meus defeitos diante dos amigos e de pessoas conhecidas.....			
16. A minha mãe falava dos meus defeitos diante dos amigos e pessoas conhecidas.....			
17. Quando um dos meus pais me recusava alguma coisa, bastava que eu a pedisse ao outro para a conseguir.....			
18. O meu pai criticava-me muitas vezes sem razão.....			
19. A minha mãe criticava-me muitas vezes sem razão.....			
20. O meu pai estava normalmente em casa, à noite.....			
21. A minha mãe estava normalmente em casa, à noite.....			
22. O meu pai esbofeteava-me frequentemente.....			
23. A minha mãe esbofeteava-me frequentemente.....			
24. Quando os meus pais me recusavam qualquer coisa, podia consegui-la sempre, se a pedisse a uma outra pessoa (avós, padrinho, madrinha).....			
25. O meu pai metia-se muito na minha vida.....			
26. A minha mãe metia-se muito na minha vida.....			
27. O meu pai não me deixava participar em associações de juventude como o escutismo, clubes desportivos etc.			
28. O meu pai dizia-me muitas vezes «Devias ser como aquele teu amigo(a)».....			
29. A minha mãe dizia-me muitas vezes «Devias ser como aquele teu amigo(a)».....			
30. Por vezes, o meu pai deixava-me tomar decisões sozinho.....			
31. Por vezes a minha mãe deixava-me tomar decisões sozinho.....			
32. O meu pai proibia-me de sair ou brincar com determinados amigos(as).....			
33. O meu pai sentia orgulho em falar de mim a outras pessoas.....			
34. A minha mãe sentia orgulho em falar de mim a outras pessoas.....			

As Relações Pais/Filhos e o Auto-conceito em sujeitos com Deficiência Mental Ligeira

	Verdadeiro	?	Não Verdadeiro
35. Quando eu não obedecia rapidamente, o meu pai zangava-se logo.....			
36. Quando eu não obedecia rapidamente, a minha mãe zangava-se logo.....			
37. O meu pai gostava bastante de brincar comigo.....			
38. A minha mãe gostava bastante de brincar comigo.....			
39. O meu pai fazia frequentemente observações sobre o meu aspecto (de vestir, limpeza, etc.) e sobre as minhas maneiras (de me comportar).....			
40. A minha mãe fazia frequentemente observações sobre o meu aspecto (de vestir, limpeza, etc.) e sobre as minhas maneiras (de me comportar).....			
41. O meu pai era muito autoritário.....			
42. A minha mãe era muito autoritária.....			
43. O comportamento do meu pai era tão variável que eu nunca sabia se o que fazia estava bem feito ou não.....			
44. O comportamento da minha mãe era tão variável, que eu nunca sabia se o que fazia estava bem feito ou não.....			
45. Quando a minha mãe me recusava qualquer coisa, bastava eu insistir, para que ela a desse			
46. Em casa, caía tudo sobre mim.....			
47. Quando um dos meus pais me repreendia, o outro, quase sempre, me defendia.....			
48. Gostava muito de estar em casa.....			
49. Achava os meus pais «botas-de-elástico» (antiquados).....			
50. Era ao meu pai que eu contava os meus aborrecimentos e as minhas preocupações			
51. Era à minha mãe que eu contava os meus aborrecimentos e as minhas preocupações			
52. Achava que os meus amigos eram, em sua casa, mais felizes do que eu.....			
53. Beijava a minha mãe todos os dias.....			
54. Beijava o meu pai todos os dias.....			
55. Desejava ser grande para viver à minha vontade.....			
56. Era frequente falar com orgulho dos méritos do meu pai.....			
57. Era frequente falar com orgulho dos méritos da minha mãe.....			
58. Gostava muito de ajudar o meu pai.....			
59. Gostava muito de ajudar a minha mãe.....			
60. Quando o meu pai me repreendia, eu respondia frequentemente.....			
61. Quando a minha mãe me repreendia eu respondia frequentemente.....			
62. Gostava muito que o meu pai me ajudasse nos meus trabalhos.....			
63. Gostava muito que a minha mãe me ajudasse nos meus trabalhos.....			

ANEXO II

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO (A. VAZ SERRA)

Nome _____ Idade _____ anos Est.Civil _____ Data ____/____/____
 Sexo _____ Habilitações _____ Profissão _____
 Naturalidade _____ Residência _____
 F1(1+4+9+16+17) _____ F2(3+5+8+11+18+20) _____ F3(2+6+7+13) _____ F4(10+15+19) _____ Total _____

INSTRUÇÕES

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (X) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo mo- deradamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO III

Questionário sócio – demográfico

Dados pessoais do sujeito:

Nome:	
Sexo: masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/>	Idade:
Estado Civil:	Naturalidade:
Escolaridade:	
Área de Residência (concelho):	
Meio rural <input type="checkbox"/>	meio urbano <input type="checkbox"/>

Dados profissionais do sujeito:

Formação profissional na instituição: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
Qual?
Mercado de Trabalho: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
Profissão:
Nível de satisfação relativamente à área de formação profissional/profissão:
Insatisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/>

Dados pessoais dos pais:

Idade da mãe:	Profissão:	Estado civil:
Idade do pai:	Profissão:	Estado civil: