



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

Priscilla Bellard Mendes de Souza

Coparentalidade e Auto-eficácia de Cuidadores de Crianças com Paralisia Cerebral

Belém
Abril-2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

Coparentalidade e Auto-eficácia de Cuidadores de Crianças com Paralisia Cerebral

Priscilla Bellard Mendes de Souza

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, da Universidade Federal do Pará, como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

Área de Concentração: Ecoetologia

Orientador: Prof^a. Dr^a. Simone Souza da Costa Silva

Belém
Abril-2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - BIBLIOTECA

Souza, Priscilla Bellard Mendes de.

Coparentalidade e Auto-eficácia de Cuidadores de Crianças com Paralisia Cerebral / Priscilla Bellard Mendes de Souza. — 2017.

Orientador: Simone Souza da Costa Silva

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2017.

1. Análise do comportamento. 2. Coparentalidade. 3. Estrutura familiar. 4. Cuidadores (paralisia cerebral). I. Título.

CDD - 23. ed. 150.77



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

Tese de Doutorado

Coparentalidade e Auto-eficácia de Cuidadores de Crianças com Paralisia Cerebral

Aluna: Priscilla Bellard Mendes de Souza

Data da Defesa: 28 de abril de 2017

Banca examinadora:

Profª Drª Simone Souza da Costa Silva (Orientadora)

Profº Dr. Vítor Daniel Ferreira Franco (Uevora-Membro)

Profª Drª. Maysa Ferreira Martins Ribeiro (PUC-Goiás-Membro)

Profª Drª. Denise da Silva Pinto (UFPA-Membro)

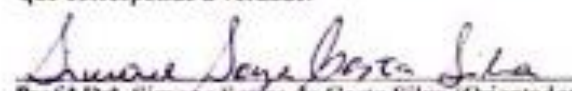
Profª Drª. Lília Iêda Chaves Cavalcanti (UFPA-Membro)

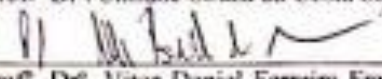
Profº Dr. Fernando Augusto Ramos Pontes (UFPA-Suplente)

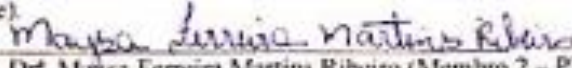


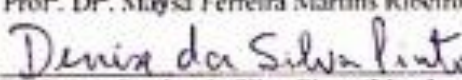
ATA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO DA ALUNA PRISCILLA BELLARD MENDES DE SOUZA, REALIZADA EM 28 DE ABRIL DE 2017.

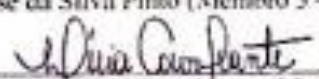
Aos vinte e oito dias do mês de abril de dois mil e dezessete, às nove horas, na sala 32 do NTPC I, reuniu-se a Banca Examinadora da Tese de Doutorado da aluna Priscilla Bellard Mendes de Souza que defendeu a Tese intitulada: "Coparentalidade e auto-eficácia de cuidadores de crianças com paralisia cerebral". Fizeram parte da Banca Examinadora a Prof.^a Dr.^a Simone Souza da Costa Silva (Orientadora - UTPA), Prof.^a Dr.^a Vitor Daniel Ferreira Franco (Membro 1 - Universidade de Évora/Participação via skype), Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro (Membro 2 - PUC Goiás), Prof.^a Dr.^a Denise da Silva Pinto (Membro 3 - UTPA), Prof.^a Dr.^a Lília Iêda Chaves Cavalcante (Membro 4 - UFPA). A Prof.^a Dr.^a Simone Souza da Costa Silva deu início à sessão apresentando a autora e o título do trabalho e discorrendo sobre a estrutura da sessão de defesa, combinada previamente pela banca, de acordo com as normas regimentais. Inicialmente a autora apresentou o trabalho em quarenta minutos, sendo, em seguida, arguida pelos(as) Professores(as) Doutores(as) Vitor Daniel Ferreira Franco, Maysa Ferreira Martins Ribeiro, Denise da Silva Pinto, Lília Iêda Chaves Cavalcante respectivamente, nessa ordem. Após as arguições, a Prof.^a Dr.^a Simone Souza da Costa Silva teceu as considerações sobre o trabalho, agradeceu as contribuições dos demais membros da Banca Examinadora e concedeu a palavra aos presentes que quisessem fazer comentários. Finalizada a sessão, a banca reuniu-se e considerou a Tese APROVADA. Não havendo mais nada a tratar, foi lavrada a presente ATA, que corresponde à verdade.


Prof.^a Dr.^a Simone Souza da Costa Silva (Orientadora - UTPA).


Prof.^a Dr.^a Vitor Daniel Ferreira Franco (Membro 1 - Universidade de Évora/Participação via skype).


Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro (Membro 2 - PUC Goiás).


Prof.^a Dr.^a Denise da Silva Pinto (Membro 3 - UTPA).


Prof.^a Dr.^a Lília Iêda Chaves Cavalcante (Membro 4 - UFPA).

“O melhor conselho que os cuidadores de uma criança com paralisia cerebral poderiam
receber é o de tratar seu filho como uma pessoa”.

(Tim Ritter)

Dedico esta Tese a todos os cuidadores de crianças com Paralisia Cerebral.

Agradecimentos

Neste momento, agradeço a Deus! Pois sem seu consentimento aqui não chegaria!

Agradeço ao meu marido Marcos Alberto Pereira dos Santos, companheiro, amigo e maior par coparental que alguém pode ter! Agradeço-te por todo seu amor, sacrifício, suporte e compreensão quanto aos momentos de ausência enquanto elaborava esta Tese! Te amo! Te amo! Te amo!

Agradeço ao meu *Dablinho* que passou mais quatro anos dividindo sua mãe com a Universidade Federal do Pará! Para ti quero ser espelho filho! Te amo!

Agradeço a minha mãe! Admiradora e incentivadora nº 1 de meu percurso até aqui!

Pela confiança, credibilidade, amizade e companheirismo, agradeço a minha orientadora Profª Drª Simone Souza da Costa Silva, por seu olhar minucioso e sua orientação precisa sobre todos os aspectos aqui apresentados.

Às amigas Drª Hilda Rosa Freitas do Rosário e Drª Katiane da Costa Cunha pela amizade que só cresceu ao longo destes quatro longos anos, que foram floridos por uma amizade mais que verdadeira! Obrigada pelo suporte emocional e acadêmico!

Agradeço a minha amiga Profª. Drª Rosana Assef Faciola pelas palavras de fé e conforto nos momentos de incertezas! Amiga, para todo sempre!

A toda equipe de pesquisa do LED, especialmente aos companheiros que estiveram colaborando diretamente para a execução e coleta dos dados aqui apresentados!

Agradeço ao Projeto CAMINHAR por oportunizar encontrar nossas crianças e seus cuidadores!

Às crianças com Paralisia Cerebral e que percebem o mundo de uma forma mais que especial!

Meu muito obrigada a todos!!!

Lista de Tabelas

Tabela 1. Demonstrativo dos instrumentos de coparentalidade.

Tabela 2. Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da Técnica de Análise de Correspondência entre as subescalas de coparentalidade e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 3. Média e desvio padrão da Escala de auto-eficácia.

Tabela 4. Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses) resultantes da Análise de Correspondência entre os níveis de auto-eficácia e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 5. Resíduos e Níveis de Confiança- γ (entre parênteses), resultantes da aplicação da Técnica de Análise de Correspondência entre os fatores de coparentalidade e auto-eficácia.

Tabela 6. Dados gerais da coparentalidade.

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Exploratório mostrando a relação dos instrumentos levantados e os tipos de famílias que investigaram.

Sumário

Lista de Tabelas	7
Lista de Figuras	8
Resumo	10
Abstract	12
Apresentação	14
Introdução	18
A Coparentalidade	18
A Auto-eficácia	24
A Paralisia Cerebral	27
Estudo 1. Coparentalidade: Um Estudo de Revisão Sistemática de Literatura	34
Resumo	34
Introdução	34
Método	37
Resultados	40
Discussão	48
Considerações Finais	50
Referências	51
Estudo 2. Relações Coparentais em Famílias de Crianças com Paralisia Cerebral	57
Resumo	57
Introdução	57
Método	60
Resultados	64
Discussão	74
Considerações Finais	73
Referências	74
Estudo 3. Relações Coparentais e Auto-eficácia de Cuidadores de Crianças com Paralisia Cerebral	78
Resumo	78
Introdução	78
Método	82
Resultados	86
Discussão	90
Considerações Finais	93
Referências	94
Estudo 4. Relações Coparentais em Famílias de Crianças com Paralisia Cerebral (PC): Um Estudo Quanti-Qualitativo	99
Resumo	99
Introdução	99
Método	102
Resultados	105
Discussão	116
Referências	118
Considerações Finais da Tese	121
Referências Gerais	129
Anexos e Apêndices	134

Souza, P. B. M. *Coparentalidade e Auto-eficácia de cuidadores de crianças com paralisia cerebral*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. 2017. 165 páginas.

Resumo

A coparentalidade e auto-eficácia parental têm sido apontados como preditores à saúde dos cuidadores. Esta Tese de doutorado investigou as relações coparentais e a auto-eficácia de cuidadores primários de crianças com Paralisia Cerebral (PC). Sua estrutura é formada por quatro pesquisas em forma de artigos científicos, sendo um estudo de Revisão Sistemática de Literatura (RSL), e três empíricas. No primeiro, foi desenvolvida uma RSL com o objetivo de descrever os instrumentos existentes de coparentalidade, assim como traçar o perfil dos contextos familiares mais investigados pelos mesmos. Os resultados mostraram que as pesquisas ora desenvolvidas, investigaram a coparentalidade exclusivamente através de uma abordagem quantitativa, e que os instrumentos disponíveis estavam estruturados em forma de escalas. Foi possível através deste estudo eleger o instrumento de coparentalidade viável a ser utilizada nas pesquisas empíricas que seriam posteriormente desenvolvidas. Quanto aos contextos investigados, foi possível perceber que as famílias nucleares foram os contextos mais pesquisados. Estes dados deram base para fomentar os objetivos a serem contemplados nos demais estudos. O segundo e terceiro estudos contaram com a participação de 84 cuidadores principais de crianças com PC atendidos em um Centro de Referência em desenvolvimento infantil de Belém-Pará-Brasil. A coleta de dados ocorreu na sala de espera do Centro nos dias em que as crianças possuíam atendimentos agendados. Os dados foram analisados através da Técnica de Análise de Correspondência. O objetivo do segundo estudo foi descrever e analisar as relações coparentais dos cuidadores a partir de suas características sociodemográficas, observando possíveis correlações entre as variáveis, sendo utilizadas três medidas: Coparenting Questionnaire (CQ), o Inventário Sociodemográfico (ISD) e o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). A análise dos dados mostrou cuidadores com baixo nível de coparentalidade, associado ao gênero e idade das crianças, ao fato destas não frequentarem a escola, e níveis mais elevados de comprometimento motor. Da mesma forma, constatou-se que o estado civil e a religião dos cuidadores, a renda e a estrutura familiar, influenciaram suas relações coparentais. Através da utilização dos instrumentos supracitados, acrescidos de uma Escala de Auto-eficácia, o terceiro estudo foi desenvolvido com o objetivo de descrever e analisar, além das relações coparentais, o nível de auto-eficácia parental dos participantes, mostrando os comportamentos nos quais os cuidadores se sentem mais auto-eficazes. Os dados mostraram além do baixo nível de coparentalidade, baixo nível de auto-eficácia. Quanto aos

aspectos para os quais se mostraram auto-eficazes, os relacionados à rotina de cuidados aos filhos foram os principais. Dentre os que se mostraram menos auto-eficazes estiveram aos aspectos clínicos infantis, como a ocorrência de convulsões. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os escores gerais de coparentalidade e a auto-eficácia. O quarto estudo consiste em uma pesquisa de natureza mista quanti-qualitativa, constituída por duas fases, sendo que na primeira participaram 84 cuidadores e na segunda, nove díades coparentais. A coleta de dados deu-se através da aplicação do CQ na primeira fase, e de entrevistas semiabertas realizadas na residência dos cuidadores, objetivando-se analisar a percepção dos mesmos sobre suas relações coparentais, sendo suas falas analisadas a partir da análise de conteúdo. A técnica de Análise dos Componentes Principais foi aplicada aos dados proveniente do CQ. Através de três níveis propostos de coparentalidade (positiva, média e negativa), percebeu-se que duas díades apresentaram coparentalidade positiva, cujo fator principal foi a alta cooperação na divisão de cuidados aos filhos com PC. Cinco díades foram classificadas com média coparentalidade, sendo observada a presença de cooperação e conflitos nas díades. Duas díades apresentaram coparentalidade negativa, associada à existência de conflito coparental e conjugal, e total insatisfação materna. Os dados mostraram a carência de estudos na área (estudo 1), percebeu-se que contexto de vulnerabilidade socioeconômica e a baixa qualidade na relação conjugal está associada ao baixo nível de coparentalidade dos cuidadores (estudo 2 e 4), da mesma forma que se percebeu cuidadores com baixa auto-eficácia parental quando deparados com uma situação extrema como o enfrentamento de uma convulsão (estudo 3). Ao fim desta Tese, espera-se que os dados aqui mostrados contribuam para o esclarecimento acerca das relações coparentais, assim como a auto-eficácia parental.

Palavras-chave: Coparentalidade; Auto-eficácia; Cuidadores; Paralisia Cerebral.

Souza, P.B.M. *Coparenting and Self-efficacy of caregivers of children with cerebral palsy*. Doctoral thesis presented to the Postgraduate Program in Theory and Behavioral Research, Theory and Behavior Research Center, Federal University of Pará. 2017. 165 pages.

Abstract

The coparenting and self-efficacy have been pointed out as predictors of caregivers' health. This PhD thesis aimed to investigate the coparenting relationships and self-efficacy of primary caregivers of children with cerebral palsy (CP). Its structure is formed by four researches in the form of scientific articles, being a study of Systematic Review of Literature (RSL) and three empirical researches. The first RSL study was developed with the purpose of describing the existing instruments of coparenting, as well as to draw the profile of the family contexts most investigated by them. The results showed that the researches developed, dealt with coparenting exclusively through a quantitative approach, and that the available instruments were structured in the form of scales. It was possible through this study to elect the viable co-parenting instrument to be used in empirical research that would later be developed. As to the contexts investigated, it was possible to perceive that nuclear families were the most investigated contexts. These data provided the basis for furthering the objectives to be covered in the other surveys. The second and third studies were the first phase of empirical research, with the participation of 84 primary caregivers of children with CP attended at a child development Reference Center in Belém-Pará-Brazil. Data collection took place in the Center's waiting room on days when the children had scheduled appointments. The objective of the second study was to describe and analyze the coparentary relationships of caregivers based on their sociodemographic characteristics, observing possible correlations between variables, using three measures: Coparenting Questionnaire (CQ), Sociodemographic Inventory (ISD) and Gross Motor Function Classification System (GMFCS). Data analysis showed caregivers with low level of co-parenting, associated with the gender and age of the children, the fact that they did not attend school, and higher levels of motor impairment. In the same way, it was verified that the civil status and the religion of the caregivers, the income and the family structure, influenced their coparenting relationships. Through the use of the aforementioned instruments, plus a self-efficacy scale, the third study was developed with the purpose of describing and analyzing, in addition to the coparenting relationships, the level of parental self-efficacy of the participants, showing which care behaviors feel more self-efficacious. The data showed that the caregivers, in addition to the low level of coparenting, also, for the most part, demonstrated a low level of self-efficacy. As for the aspects for which they were self-efficacious, those related to routine childcare were the main ones. Among those who showed less self-efficacy were the clinical aspects of children, such as the occurrence of seizures. No statistically significant associations were found between general coparenting scores and self-efficacy. The fourth study consists of a quanti-qualitative mixed research, consisting of two phases, in which the first one involved 84 caregivers and in the second, nine coparental dyads. Data were collected through the application of CQ in the first phase and semi-open interviews conducted in the caregivers' homes, with the objective of analyzing their perception about their coparenting relationships, and their speeches were analyzed through content analysis. The Principal Components Analysis technique was applied to data from CQ, which were answered only by the mothers during the first collection phase. Through three proposed levels of coparenting (positive, average and negative), it was observed that two dyads presented positive coparenting, whose main factor was the high cooperation in the division of care for children with CP and the high quality of their marital relationships. Five dyads were classified with average coparenting. In this, in addition to cooperation observed in the dyads, conflicts were verified. Two dyads presented negative coparenting, associated with the existence of coparental and conjugal conflict, and total maternal dissatisfaction. The data showed the lack of studies in the area (study 1), it was

noticed that the context of socioeconomic vulnerability and the low quality of the conjugal relationship is associated to the low level of coparenting of the caregivers (study 2 and 4), in the same way that Perceived caregivers with low perceptions about their parental self-efficacy when faced with an extreme situation such as coping with a seizure (study 3). At the end of this thesis, it is expected that the data presented here contribute to the clarification about the coparenting relationships as well as the parental self-efficacy.

Keywords: Coparentality; Self-efficacy; Caregivers; Cerebral Palsy.

Apresentação

Os estudos sobre o desenvolvimento humano têm oferecido amplas e consistentes possibilidades de compreender como ocorre este processo e quais fatores incidem sobre o mesmo. O interesse nesses estudos tem fomentando a elaboração e execução de pesquisas, principalmente acerca dos contextos que exercem grande influência sobre o desenvolvimento, dentre estes: a família.

O interesse sobre esta temática levou-me a fazer parte do Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED), do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará. Dentre os Grupos de pesquisas integrantes do LED está o de Pesquisa de Famílias de Crianças com Paralisia Cerebral (GPFPC). O grande projeto do GPFPC que abriga a presente Tese tem por título: “Saúde de famílias de crianças com paralisia cerebral (PC): uma investigação da rede de apoio, do estresse familiar, resiliência e relações coparentais”, sendo também foco de pesquisa do GPFPC a rede de suporte social, satisfação com o suporte, a auto-eficácia parental e programas de intervenção.

Chama-se a atenção para uma característica particular deste Grupo de Pesquisa, onde seu interesse assenta-se sobre famílias diferenciadas pela ocorrência de um desenvolvimento atípico, devido à existência de uma PC. Partindo-se desta particularidade, o foco esteve voltado para as relações que ocorrem no interior destes contextos familiares, e qual a importância destas para o desenvolvimento de crianças afetadas por uma condição crônica de desenvolvimento.

O interesse particular sobre estas questões surgiu em decorrência de dois fatores. O primeiro arrola-se ao desenvolvimento de minha dissertação de mestrado, pois tive a oportunidade de entrar em contato diretamente com as famílias de crianças com deficiência, percebendo superficialmente as relações ora desenvolvidas dentro destas, principalmente ao que diz respeito às relações de cuidados aos filhos. O segundo fator, agrega-se à prática clínica

como psicóloga, uma vez que por inúmeras vezes, recebi mães solitárias em busca de acompanhamento psicológico aos filhos, típicos e atípicos, a si mesmas, e à família como um todo, percebendo que estas desejavam ter com quem dividir os seus cuidados parentais, deixando explícito o comprometimento de sua saúde emocional.

A partir destas questões iniciais, o interesse em conhecer como se delineava o compartilhamento de cuidados a um filho com deficiência passou a configurar objeto de interesse desta Tese, cujo aporte teórico está desenvolvido através de dois eixos conceituais principais: a coparentalidade e a auto-eficácia parental. Assim, as perguntas geradoras desta Tese estiveram relacionadas às características dos sistemas familiares (coparentalidade) e às características individuais dos cuidadores (auto-eficácia parental).

Esta Tese está organizada em quatro estudos, em forma de artigo científico, alocados em duas sessões distintas, sendo uma teórica, conduzida através de uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL); e uma empírica composta por três pesquisas. A decisão por desenvolver primeiramente a RSL intitulada “Coparentalidade: um estudo de revisão sistemática de literatura” foi tomada para aprofundar o conhecimento sobre o conceito, assim como conhecer os instrumentos de coparentalidade disponíveis na literatura, a fim de fazer um mapeamento dos mesmos, subsidiando a escolha da medida a ser utilizada nos estudos empíricos a serem desenvolvidos sequencialmente.

A segunda sessão composta por pesquisas empíricas inicia-se com o estudo intitulado “Relações coparentais de cuidadores principais de crianças com paralisia cerebral” e teve por objetivo descrever e analisar as relações coparentais dos cuidadores primários das crianças com PC a partir de suas características sociodemográficas. O terceiro estudo intitulado “Relações coparentais e auto-eficácia de cuidadores de crianças com paralisia cerebral” objetivou descrever e analisar os níveis de coparentalidade e auto-eficácia de cuidadores de crianças com PC, buscando possíveis correlações entre estas variáveis. Ambos os estudos apresentam uma

natureza quantitativa, cuja técnica estatística principal utilizada foi a Análise de Correspondência (ANCOR), que é uma técnica estatística exploratória utilizada para verificar associações ou similaridades entre as variáveis em estudo.

O quarto estudo desta Tese intitulado “Relações coparentais de cuidadores de crianças com paralisia cerebral (PC): um estudo quanti-qualitativo” apresenta um delineamento misto (quanti-qualitativo), cujo objetivo foi descrever e analisar as percepções de díades coparentais acerca de suas relações de coparentalidade. Neste estudo, foram utilizados dois procedimentos distintos de análise de dados. Para os dados quantitativos de coparentalidade, foi utilizada a Técnica de Análise dos Componentes Principais (ACP), cujo objetivo é reduzir o número de variáveis originais, verificando quais componentes principais explicam uma proporção elevada da variação total associada ao conjunto original dos dados. Para avaliar os dados qualitativos de coparentalidade, usou-se a análise de conteúdo de Bardin (2006).

As três pesquisas empíricas foram desenvolvidas com a participação de cuidadores principais de crianças com PC atendidas em um Centro de Referência instalado em um hospital universitário público da capital paraense, que está a serviço da comunidade oferecendo tratamento multidisciplinar especializado (neuropediatria, psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, pedagogia, terapia ocupacional, entre outros) às crianças com alteração desenvolvimental em função de múltiplos fatores, desde síndromes genéticas raras à paralisia cerebral, estando em funcionamento desde 2002.

Destas quatro pesquisas, a RSL foi submetida para publicação à Revista Estilos da Clínica- Universidade de São Paulo, em 2015, sendo aceita para publicação em meados de 2017. Dentre as pesquisas empíricas, o segundo estudo foi submetido para avaliação à Revista Psicologia: Ciência e Profissão; o terceiro artigo foi enviado à Revista Psicologia e Sociedade, enquanto que o quarto estudo encontra-se submetido à Revista Paidéia, todos aguardando resultado avaliativo.

A fim de elucidar os principais aportes conceituais e teóricos que fundamentam esta Tese, a próxima sessão trata, de forma breve, de aspectos relacionados aos conceitos de coparentalidade, auto-eficácia e auto-eficácia parental, assim como parte-se para os aspectos que caracterizam a encefalopatia crônica infantil denominada paralisia cerebral (PC).

A Coparentalidade

A primeira vez que se registrou o conceito de coparentalidade não está claramente definida na literatura, tendo sido registrada imprecisamente pela primeira vez no final dos anos 70, através dos estudos que investigavam famílias em situação de divórcio conjugal, pois se vivenciavam tempos de inúmeras mudanças nos modelos tradicionais familiares (Romero, 2015). Na ocasião, o interesse estivera ligado aos impactos que estas mudanças causavam sobre o desenvolvimento das crianças, em uma demonstração clara da inter-relação existente entre todos os subsistemas familiares presentes (Lamela & Figueiredo, 2016).

Não há consenso quanto à origem do termo, porém existe uma aproximação grande com a Teoria Estrutural dos Sistemas Familiares especialmente ligados à concepção do subsistema executivo apresentado por Minuchin (1985). Em termos gerais, contemporaneamente, o interesse pela coparentalidade esteve presente em pesquisas que investigam diferentes contextos familiares, sendo evidente o interesse pelas famílias nucleares (De Souza, Pontes, Ramos, & Silva, no prelo).

Conceitualmente, a coparentalidade representa a divisão de cuidados a uma criança, independentemente da existência ou não de laços consanguíneos entre os cuidadores, e destes com as crianças (Lamela, Figueiredo, & Bastos, 2010). Destaca-se que a coparentalidade não refere a uma obrigatoriedade de igualdade na divisão de cuidados, nem tampouco estabelece o que cada membro irá desempenhar ficando a critério de cada díade a forma como se dará esta partilha (Frizzo & Augustin, 2015).

Um importante aspecto destacado nos estudos sobre coparentalidade diz respeito à relação dos padrões coparentais com as trajetórias desenvolvimentais dos filhos (Lamela, Nunes-Costa, & Figueiredo, 2010). A coparentalidade tem sido apontada pelas pesquisas como um dos maiores propulsores ao desenvolvimento saudável da prole, sendo que padrões desorganizados e conflituosos de coparentalidade podem gerar comportamentos externalizantes

(comportamento agressivo e violação de regras) ou internalizantes nas crianças (retraimento, depressão, ansiedade, fobias e queixas somáticas) (Pasinato & Mosman, 2016). Importam destacar que as relações coparentais têm como foco somente os filhos, cuja motivação envolve seu bem-estar biopsicossocial, nutrição, educação e a socialização das crianças (Margolin, Gordis & John, 2001).

A fim de operacionalizar a compreensão do conceito, alguns modelos teóricos foram propostos e mostraram a sistematização, e possíveis direcionamentos para investigações (Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini, & Bosa, 2005). Dentre os modelos teóricos mais citados e utilizados nas pesquisas sobre coparentalidade está o de Margolin et al. (2001) sustentado por três dimensões a saber: o nível de cooperação, de triangulação e de conflito existentes nas díades coparentais. Assim, compreende a cooperação coparental como a concordância com o compartilhamento das responsabilidades parentais, o quanto os pais se apoiam, valorizam e respeitam-se mutuamente, implicando em padrões relacionais positivos dentro da divisão de cuidados, e trajetórias desenvolvimentais saudáveis às crianças.

Por sua vez, a triangulação coparental refere o quanto cada figura parental constrói barreiras entre as crianças e uma destas figuras, expondo-as a verdadeiras disputas parentais manipulatórias, pois a criança vê-se diante de uma escolha forçada, ou seja, obrigada a preterir um dos cuidadores em função da escolha do outro cuidador, configurando-se como uma forma de conflito velado, extremamente prejudicial ao desenvolvimento da criança. Já o conflito coparental diz respeito às desestabilidades, situações e brigas explícitas que envolvem situações mal resolvidas e desacordos entre as figuras parentais, principalmente envolvendo situações pertinentes às diferenças de cuidados (Carvalho & Barham, 2016).

A partir destas três dimensões, Margolin et al. (2001) desenvolveram o *Coparenting Questionnaire- CQ*, configurando-se como uma medida consistente para a verificação da coparentalidade, cuja estrutura *likert* é composta de 14 itens, distribuídos entre as dimensões

supracitadas: cooperação e conflito (cinco itens cada uma) e triangulação (quatro itens). Este instrumento afere a percepção dos cuidadores sobre suas relações coparentais a partir de níveis diferenciados de ocorrência, variando do *nunca* ao *sempre*.

Posteriormente, Feinberg (2003) apresenta uma proposta ecológica para o estudo da coparentalidade, levando-se em consideração tanto as características dos ambientes onde o cuidado ocorre, quanto as características pessoais envolvidas no processo. Este autor refere-se à coparentalidade como uma responsabilidade compartilhada na criação de uma criança específica, e consiste no apoio mútuo, na coordenação ou falta desta nos cuidados parentais.

Sua contribuição metodológica consiste na divisão existente em quatro dimensões que podem ser analisadas na coparentalidade, sendo: a) acordo ou desacordo face às demandas relacionadas à educação das crianças, associado ao grau de conflito existente entre os pais referentes aos valores, regras, demandas emocionais da criança, e disciplina; b) divisão de trabalho com a criança, consistindo em outra dimensão atribuindo uma conotação cultural, ajustando-se aos valores e regras contextuais onde este cuidado está ocorrendo; c) o apoio ou dano do papel parental mostra a percepção que os cuidadores têm um do outro quanto aos cuidados parentais; e d) gestão conjunta das interações familiares, ou seja, apresenta subdimensões que dizem respeito ao conflito, coligação e ao equilíbrio das interações entre os pais e filhos. A fim de operacionalizar a investigação da coparentalidade a partir destas quatro dimensões, Feinberg desenvolveu a medida *Your Parenting Team* (YPT, Feinberg, Fisher, & Kan, 2008), cuja estrutura passa ainda por estudo de validação de suas propriedades psicométricas, a fim de estar sendo disponibilizada como nova medida para investigação coparental.

Por sua vez, o modelo preconizado por Van Egeren e Hawkins (2004) traz como principal contribuição teórica, a ideia de que a coparentalidade está presente antes mesmo do bebê nascer, quando a díade coparental articula-se na divisão de responsabilidades pertinentes

à chegada da prole. Sua contribuição metodológica consiste no estudo da coparentalidade dividida também em quatro dimensões como: a) solidariedade coparental, que engloba componentes afetivos da coparentalidade; b) suporte coparental, fonte de trocas bidirecionais de segurança e cooperação nos cuidados; c) parentalidade sabotadora (*undermining parenting*), envolve hostilidade, crítica, insultos ou tentativas de afastar a criança de uma das figuras parentais; e d) parentalidade partilhada, envolve a dimensão mais substantiva do modelo, e é medida através de percepções fundamentalmente positivas acerca da divisão de cuidados.

Para Van Egerem et al. (2004), ao considerar a coparentalidade pós-nascimento, faz-se necessário atentar para os aspectos emocionais vivenciados pelas figuras parentais, e à relação que estes possuíam antes do bebê ser concebido e durante a gestação, pois estes seriam preditores importantes para a relação coparental que seria delineada após o nascimento. Para estes autores, a vida pregressa do casal é fundamental para a configuração da coparentalidade posteriormente, acrescentando que não há obrigatoriedade da presença ou interação física entre os parceiros coparentais, mas sim o quanto estes se percebem amparados quanto aos cuidados.

Considerando-se estes três modelos, observa-se que ocorrem semelhanças em seus constructos que passam fundamentalmente pela ambivalência de características positivas (cooperação, partilha, afetividade) e negativas (conflitos, hostilidade, sabotagem, disputa). Em pesquisa teórica acerca destes modelos de coparentalidade, Lamela et al. (2010) destacou o modelo de Margolin et al. (2001) como sendo o mais citado nas pesquisas sobre coparentalidade. Entretanto, Carvalho e Barham (2016) em revisão sistemática recente sobre os instrumentos de coparentalidade e suas propriedades psicométricas, contradizem Lamela et al. (2010) afirmando que o modelo de Feinberg (2003) é o de maior incidência, seguido pelo de Van Egerem et al. (2004), ficando o de Margolin et al. (2001) em terceiro lugar.

Independente do modelo, o estudo das relações coparentais tem apresentado e sustentado dados acerca da influência dessas relações sobre o desenvolvimento infantil.

Diversas pesquisas realizadas, principalmente no cenário internacional (Delvecchio, Sciandra, Finos, Mazzeschi, & Di Riso, 2015; Song & Volling, 2015; Venâncio, 2015; Hadersty, Crossman, Khaw, & Rafaelli, 2016), reforçam a conexão existente entre a coparentalidade e desenvolvimento infantil, principalmente em contextos cujas crianças apresentaram traços de ansiedade, ou em casos em que o temperamento infantil se mostrou alterado, especialmente se expostas às relações coparentais conflituosas. No cenário nacional, as pesquisas sobre coparentalidade são recentes, e foram primeiramente desenvolvidas no sul do Brasil em contextos diferenciados (Frizzo, 2005; Schmidt, 2008; Souza & Féres-Carneiro, 2008; Sifuentes & Bosa, 2010; Pratti & Koller, 2011, Einsenfeld & Mosmann, 2014; Augustin & Frizzo, 2015, Carvalho & Barham, 2016).

Considerando a diversidade de famílias contemporâneas, trabalhos que investigam a coparentalidade têm tentado entender como se processam os padrões coparentais em contextos familiares peculiares (estendidas, recombinadas, homoafetivas, monoparentais, típicas ou atípicas). Neste sentido, Souza e Féres-Carneiro (2008) investigaram a relação coparental em três díades homossexuais masculinas, em que um dos membros da díade já havia estabelecido um relacionamento heterorientado, e tido deste, pelo menos um filho. Utilizando um questionário semiestruturado sobre questões coparentais construído pelo próprio autor, o foco foi dado ao companheiro, sem filhos, no que concerne à sua participação coparental neste processo. Os dados mostraram que todos os companheiros manifestaram o desejo da paternidade, gerado na convivência com os filhos dos parceiros, com quem dividiam os cuidados parentais nos momentos em que todos estavam juntos, deixando explícito o exercício da coparentalidade.

Em outra pesquisa, Parent, Jones, Forehand, Cuellar e Shoulberg (2013) tiveram por objetivo investigar o papel desempenhado por outras figuras coparentais como a avó, tias e amigas de 159 mães solteiras afro-americanas. Os dados mostraram que as mães receberam

maior apoio e suporte de suas mães, irmãs e amigas, do que propriamente, dos pais dos seus filhos. Mostraram também, que dentre estas, há maior grau de conflito coparental com as avós de suas crianças. Concluíram que os sistemas coparentais encontrados, independente das características dos membros que compõe a díade, sujeitam-se às mesmas variações de relacionamento coparental encontrado nas díades nucleares.

Outras investigações voltaram sua atenção para contextos específicos nos quais as relações coparentais estavam sendo desenvolvidas, como em famílias de crianças com desenvolvimento atípico. Neste sentido, Oliveira (2014) buscou investigar a coparentalidade de 55 díades coparentais de indivíduos portugueses com Deficiência Intelectual (DI), através da utilização da Escala de Coparentalidade de McHale (versão traduzida por Azinheiro, 2012). Os principais resultados encontrados sugerem que a coparentalidade é mais positiva quando a díade vive a conjugalidade de forma afetuosa e segura, e só tem um filho. Nesta pesquisa não foram encontradas correlações significativas entre características da deficiência apresentada pelos filhos e a coparentalidade de seus cuidadores.

Em estudo anterior, Schmidt (2008) buscou investigar a coparentalidade em famílias constituídas por um filho com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com idades entre 18 e 23 anos, e que externalizavam comportamentos agressivos. Com base no Modelo de Adaptação Biopsicossocial de Bradford, aplicaram um roteiro de entrevista de coparentalidade a quatro casais, e aos outros filhos sem autismo. Os dados mostraram que o padrão coparental dos pais não sofreu influência dos comportamentos de agressividade apresentados pelos filhos com TEA.

Pesquisas nestes contextos, além de revelar as particularidades das relações de cuidado nestas famílias, têm mostrado as dificuldades parentais no manejo ao cuidar de filhos com desenvolvimento atípico, geradas por particularidades decorrentes da própria alteração, que demandam cuidados muito específicos (Franco, 2015). Em alguns casos, faz-se necessário que

mecanismos psicológicos de enfrentamento peculiares sejam disparados, com estratégias cognitivas e ações específicas, destacando-se dentre estes a auto-eficácia.

A Auto- eficácia

Descrita como um constructo teórico de extrema importância e abrangência na pesquisa psicológica (Franco, 2004), a auto-eficácia de acordo com Bandura (1977) refere-se ao desenvolvimento de um senso de propriedades ou capacidades peculiares ao sujeito, resultando no domínio de uma situação específica provocando um resultado desejado. A partir do conceito de aprendizagem social, o autor define a auto-eficácia como o julgamento do sujeito sobre a sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento.

Bandura (1997) divide em quatro fontes a origem atribuída à auto-eficácia no desempenho de um comportamento, são elas: 1- experiências de um domínio pessoal do desempenho; 2- experiências por meio de modelos sociais; 3- persuasão social; 4- estados emocionais e fisiológicos. A primeira tem sido considerada a principal fonte de crença de auto-eficácia, pois se caracteriza em resultados das próprias experiências anteriores. Os bons resultados tendem a fortalecer a crença de auto-eficácia e a elevar as expectativas, possibilitando a generalização do sucesso percebido para situações semelhantes. A segunda fonte está mais fortemente ligada à aprendizagem social e diz respeito à observação de comportamentos de outras pessoas no desempenho de determinadas tarefas, fazendo com que haja um autojulgamento quanto ao êxito de suas competências. A terceira fonte refere-se ao quanto a pessoa absorve a avaliação interpessoal no que tange ao desempenho de suas tarefas, visto que avaliações positivas naturalmente aumentam o senso de auto-eficácia, e as negativas o diminuem. Com relação às fontes relativas aos estados emocionais, Bandura (1997) considera como importante a influência do estresse e da fadiga sobre a percepção de auto-eficácia da pessoa, o que compromete a percepção das pessoas sobre seu desempenho em determinadas atividades.

Outros autores como Hall, Lindzey e Campbell (2000) consideram a existência de outros dois componentes de auto-eficácia, sendo um, a expectativa de eficácia, e o outro a expectativa de resultados. A expectativa de eficácia é a convicção de que a própria pessoa é capaz de um comportamento necessário para gerar um resultado, enquanto a expectativa de resultados se refere à crença de que um dado comportamento levará a um resultado específico.

Devido sua amplitude teórica e prática, a auto-eficácia tem sido tema recorrente em variados contextos de pesquisas (educação, saúde, família, entre outros). Os trabalhos realizados nos sistemas familiares visam entender o grau de confiança que os pais têm em suas próprias habilidades de lidar com os seus filhos (Coleman & Karreker, 2003). Ao longo do tempo, têm sido encontrados na literatura diferentes constructos para designar as competências parentais, como *agency* parental, *locus* de controle parental, competência parental percebida, sentimento de competência parental geral e crenças de auto-eficácia parental (Ferreira, Monteiro, Fernandes, Cardoso, Veríssimo, & Santos, 2014). Em suma, a auto-eficácia parental é um conjunto de crenças que a figura parental tem acerca de sua capacidade para atingir determinados níveis de desempenho, podendo determinar o modo como agirá ou cuidará de uma criança (Ferreira et al., 2014).

A literatura sobre auto-eficácia parental (Coleman & Karkaker, 2003; Meunier & Roskam, 2009; Ferreira et al., 2011) destaca três aspectos sobre os quais os pais percebem a sua auto-eficácia parental. O primeiro refere-se à percepção sobre as tarefas específicas de cuidados, como higiene, fazer a criança dormir, cuidar de um estado febril, por exemplo. O segundo refere-se à percepção sobre comportamentos como estabelecimento de limites, dar carinho, brincar, e estar disponível emocionalmente. O terceiro trata das percepções de competências percebidas pelos pais relativamente ao domínio de sua parentalidade como um todo, ou seja, o quanto a figura parental se percebe como modelo de competência para outros pais.

Nesta direção, Ramos (2016) objetivou avaliar a importância da partilha social, da auto-eficácia parental e da Literácia em Saúde sobre o bem-estar de 48 cuidadores de crianças e jovens portugueses com paralisia cerebral. Através do uso da Escala de Auto-Eficácia do Cuidador (EAEC), do Questionário de Partilha Social das Emoções construído pela autora, e um teste de Literácia em Saúde em PC, os resultados mostraram a associação significativa entre as variáveis do estudo, uma vez que níveis elevados de auto-eficácia parental e de partilha emocional, representaram níveis de bem-estar, e boa saúde física e emocional dos cuidadores. Apesar da variável Literácia em Saúde não ter representado impacto sobre o bem-estar dos cuidadores, a autora ressalta este aspecto como um mecanismo de cuidados, indicando a necessidade de maiores pesquisas.

Em outro trabalho, Lopes (2011) buscou investigar a auto-eficácia de 82 pais, sendo 41 de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (grupo 1), e a outra metade de pais de crianças sem o diagnóstico (grupo 2). Usando a Escala de Auto-eficácia Parental e a Escala de Envolvimento paterno, os resultados mostraram que os pais do primeiro grupo envolveram-se mais com os filhos, porém relataram menor sentimento de auto-eficácia nos cuidados aos filhos se comparados aos pais do segundo grupo. Os dados também mostraram que os dois grupos eram competentes na função de disciplinadores dos filhos.

A auto-eficácia parental também foi investigada no contexto de cuidados das pessoas com TEA, onde Tabaquin, Vieira, Razera e Ciascas (2015) investigaram a relação entre o nível de auto-eficácia de 13 cuidadores e o grau de independência da criança com TEA. Usando a Escala de Percepção de Auto-eficácia e o Índice de Katz de atividades da vida diária, os autores demonstraram que os cuidadores possuíam um bom índice de auto-eficácia, porém com ausência de correlação com o nível de dependência das crianças.

Observa-se que a auto-eficácia parental encontra-se diretamente relacionada à prática de cuidados parentais, desempenhando papel importante à saúde global dos cuidadores, sendo

inibidora em potencial de sintomas referentes a quadros depressivos, sentimentos de insatisfação, e sintomas álgicos (Almeida & Conceição, 2013). Toda esta sintomatologia, se considerados os contextos de cuidados de filhos que têm alguma deficiência, como a paralisia cerebral, tende a ser elevada (Schmidt, 2004; Costa, 2010; Barbosa, Zampa, Iwabe & Diz, 2012; Ramos, 2016). Neste sentido, torna-se importante considerar e pontuar alguns aspectos acerca das características referentes a esta importante e recorrente alteração do desenvolvimento infantil.

A Paralisia Cerebral (PC)

A paralisia cerebral é uma expressão abrangente para diversos distúrbios que afetam a capacidade infantil para se mover e manter a postura e o equilíbrio. Tais distúrbios são causados por uma lesão cerebral que podem ocorrer antes, durante ou nos primeiros dias após o nascimento (Gersh, 2008).

A incidência de PC tem se mantido constante e experimentado leve aumento nos últimos anos dependendo do contexto de ocorrência (Dos Santos, 2016). Em países em desenvolvimento como o Brasil, estima-se que a cada 1.000 crianças nascidas vivas, 1,5 a 5,9 nascem com PC, estimando 40 mil novos casos/ano (Dos Santos, 2016). Apresentam-se como fatores principais, a prematuridade e o baixo peso da criança, a asfixia perinatal, hiperbilirrubinemia (icterícia) e infecções perinatais. Quanto aos fatores pós-natais destacam-se os distúrbios metabólicos, as infecções, as encefalites pós-infecciosas e pós-vacinais, os traumatismos cranioencefálicos, as intoxicações (por produtos químicos ou drogas), os processos vasculares e a desnutrição, que interfere de forma decisiva no desenvolvimento do cérebro da criança (Alves de Oliveira, 2010).

Tais distúrbios afetam o desempenho motor, a postura, e o tônus muscular infantil, comprometendo seu desempenho funcional (Dos Santos, 2016), podendo ser acompanhados por alterações sensoriais, perceptivas, cognitivas, de comunicação e comportamental, por

epilepsia, e por problemas musculoesqueléticos secundários (Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton, & Paneth, 2005; Rosenbaum, 2007). Estes distúrbios nem sempre estão presentes, assim como não há correlação direta entre o repertório neuromotor e o repertório cognitivo, podendo os déficits ser minimizados com a utilização de recursos como a Tecnologia Assistiva-TA (ex. *gameterapia*, *VoxLaPs*, *Desenvolve*) adequada à pessoa com PC (Alves de Oliveira, 2010).

Devido à amplitude e extensão da lesão cerebral, a PC foi classificada de acordo com os comprometimentos dos movimentos, podendo ocorrer a monoplegia (braço ou pernas afetadas), diplegia (pernas geralmente afetadas, porém braços e tronco não); hemiplegia (apenas um dos lados do corpo afetados), ou a quadriplegia (totalidade do corpo da criança afetado). Com base na localização cerebral, a PC pode ser classificada em espástica, discinético, atáxica ou tipo mista (Gersh, 2008). De acordo com Alves de Oliveira (2010) esta classificação parte do Comitê da Academia Americana de Paralisia Cerebral (CAAPC), sendo uma das mais aceitas a nível mundial. Não leva em conta a etiologia ou a patologia do problema, mas caracteriza o tipo de prejuízo motor presente, sumarizando os achados em termos das características motoras e topográficas.

O tipo espástico caracteriza-se pelo tônus muscular rígido, com aumento dos reflexos miotáticos (respostas aos estiramentos musculares), clônus (contração involuntária), cutâneoplantar em extensão (Sinal de Babinski), e é ocasionada por uma lesão no sistema piramidal, sendo prevalente nos casos de ocorrência pré-termos (Brasil, 2013). O tipo discinético se caracteriza por movimentos atípicos, e que são mais evidentes diante de movimentos voluntários. Engloba a distonia (tônus musculares muito variáveis desencadeados pelo movimento) e a coreoatetose (tônus instáveis, com a presença de movimentos involuntários). A ocorrência do tipo discinético dá-se pela lesão no trato extrapiramidal, principalmente nos núcleos de base (Alves de Oliveira, 2010).

A PC tipo atáxica caracteriza-se pela diminuição da tonicidade e pela não coordenação dos movimentos (dissinergia), apresentando usualmente uma marcha com aumento da base de sustentação e tremor intencional, sendo ocasionada por uma disfunção no cerebelo (Brasil, 2013). O tipo misto acomete cerca de 10% das crianças com PC. Estas têm tanto o tônus muscular espástico da PC quanto os movimentos involuntários extrapiramidais, porque apresentam lesões nas áreas piramidal e extrapiramidal do cérebro. Geralmente, no início, a espasticidade é mais evidente, com movimentos involuntários aumentando quando a criança está entre os nove meses e os três anos de idade (Gersh, 2008).

Quanto às condições associados a PC existem distúrbios no sistema sensorial e perceptivo, que podem alterar as respostas visuais, auditivas, cognitivas, comunicacionais e comportamentais, que podem trazer significativo prejuízo ao desenvolvimento dos indivíduos com PC. Ademais, observa-se com frequência a ocorrência de síndrome convulsiva nos primeiros anos, sendo recorrentes as reincidências das crises (epilepsias) em cerca de 31% dos casos (Funamaya, 2005 apud Brasil, 2013).

Independentemente do tipo e classificação, natureza e gravidade da lesão, o nascimento de uma criança com PC altera sobremaneira a dinâmica familiar, desestruturando o sistema familiar como um todo, e a vida particular dos elementos que compõem este sistema (Alves de Oliveira, 2010). Frequentemente, os pais e avós são os primeiros a observar os sinais característicos da PC em suas crianças (Gerais, 2008), sendo a vivência frente ao diagnóstico muito peculiar ao contexto de ocorrência, visto que, por mais que as contingências do meio sejam semelhantes, cada um terá o seu próprio mecanismo de enfrentamento (Camargo, Lacerda, Viana, Pinto, & Fonseca, 2009).

Os estudos conduzidos nesta linha de pesquisa (Barbosa, 2012; Ribeiro et al., 2013; Ramos, 2016; Silva & Pontes, 2016; Ribeiro, Vandenbergue, Prudente, Vila, & Porto, 2016) têm evidenciado em seus dados a correlação entre a densa rotina de cuidados e a saúde dos

cuidadores de crianças com PC, uma vez que geralmente a mãe, cuidadora primária, abdica de sua própria vida, em todos os aspectos, para se dedicar integralmente ao papel de mãe (Ribeiro et al., 2016), à vida dos filhos, buscando assistir as necessidades dos filhos.

Nesta direção, o estudo desenvolvido por Marques, Rangel, Moraes, Bezerra e Carmo (2016) objetivou avaliar o nível de sobrecarga emocional de 41 cuidadores de crianças com PC, avaliando os possíveis fatores que influenciam diretamente a existência de sobrecarga. Utilizando a Escala Burden Interview, os pesquisadores concluíram que a maior sobrecarga foi sentida pelas mães, principais cuidadores, que possuíam renda familiar entre um e dois salários mínimos, com média de idades de 33, 5 anos, e com um maior número de filhos. Concluem que fatores socioeconômicos são fatores determinantes para o nível de sobrecarga dessas cuidadoras, dados que corroboram diversos estudos (Marx, Rodrigues, Rodrigues, & Vilanova; Santos, Vargas & oliveira, 2010; Banda, 2012; Bemister, Brooks, Dyck, & Kirton, 2014; Silva & Pontes, 2016).

A observância dos dados destas pesquisas permite perceber que além das dificuldades imputadas pela própria natureza das deficiências, há aquelas que advêm da dinâmica das relações intrafamiliares, particularmente, aquelas relativas aos padrões de relacionamentos coparentais, assim como aspectos individuais relacionados às características de auto-eficácia.

Proposta da Tese

Diante do exposto, a proposta da presente Tese apresenta relevância científica, pois, apesar do eminente crescimento de estudos sobre coparentalidade, no norte do Brasil ainda são inéditos, principalmente desenvolvidos no contexto de cuidados a uma criança com desenvolvimento atípico em decorrência de uma paralisia cerebral. Por outro lado, os estudos sobre auto-eficácia parental com esta população em específico, e que agreguem as duas propostas conceituais em um mesmo estudo, ainda não foram realizados. Logo, as pesquisas

aqui apresentadas contribuem para a ampliação e compreensão das relações entre cuidadores de indivíduos com paralisia cerebral.

Dessa forma, o objetivo geral desta Tese foi conhecer, descrever e analisar a coparentalidade e a auto-eficácia parental de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral usuárias de um Serviço público disponível em um hospital universitário da capital paraense. Para o alcance destes objetivos, as seguintes perguntas foram delineadas:

- Quais instrumentos de coparentalidade mais recorrentes disponíveis na literatura? Quais famílias têm configurado com maior expressão este cenário investigativo nos últimos anos?

-Quais as características sociodemográficas das famílias e cuidadores de crianças com PC que utilizam um dos mais referenciados Serviços públicos especializados de atenção ao desenvolvimento infantil do Norte do Brasil?

-Como estas características podem estar correlacionadas às relações coparentais destes cuidadores?

-Qual o nível de auto-eficácia parental que estes cuidadores apresentam frente aos cuidados aos filhos com PC?

-Para quais comportamentos de seus filhos com PC, estes cuidadores se percebem mais auto-eficazes?

-Como as relações coparentais e os níveis de auto-eficácia dos cuidadores podem estar correlacionados?

- Qual a percepção que díades coparentais têm sobre sua coparentalidade?

Diante destes questionamentos os objetivos específicos dos quatro artigos que compõem a presente Tese foram os seguintes:

-Descrever os instrumentos de coparentalidade mais frequentes disponíveis nas pesquisas sobre o tema, assim como conhecer quais configurações familiares estiveram mais sendo investigadas (Estudo 1);

- Descrever e analisar a coparentalidade de cuidadores de crianças com PC e suas características sociodemográficas, analisando possíveis correlações entre estas variáveis; (Estudo 2);

- Descrever e analisar os níveis de coparentalidade e de auto-eficácia dos cuidadores de crianças com PC, analisando possíveis correlações entre estas variáveis (Estudo 3);

-Descrever e analisar para quais comportamentos e cuidados aos filhos com PC, os cuidadores se percebem como auto-eficazes (Estudo 3);

- Analisar a percepção díades coparentais de crianças com PC sobre sua relação de coparentalidade (Estudo 4).

Considerando-se as perguntas e objetivos ora propostos, sequencialmente apresentam-se os quatro estudos desenvolvidos para a construção desta Tese. Ressalta-se que todos os estudos foram construídos em momentos diferenciados deste doutoramento, e que, apesar de independentes, as pesquisas apresentam-se diretamente interligadas.

Ressalta-se que ao final deste trabalho encontram-se as considerações finais desta Tese, e as referências bibliográficas gerais utilizadas no aporte teórico, assim como a sessão referente aos apêndices que compõem este trabalho.

Estudo 1

Coparentalidade: Um Estudo de Revisão Sistemática de Literatura

Resumo: O conceito de coparentalidade tem sido cada vez mais correlacionado ao ajustamento infantil e desenvolvimento dos filhos. Através de uma Revisão Sistemática (RSL), este artigo descreve as medidas de coparentalidade mais frequentes, assim como os contextos familiares mais investigados encontradas nos estudos do banco de dados da CAPES. Foram analisados somente estudos empíricos, nos idiomas inglês, português e espanhol publicados entre os anos 2000 e 2014. Dois testes de relevância foram aplicados tendo sido aprovados para análise final 37 estudos. Os resultados mostraram que há predominância dos instrumentos em forma de escalas, tendo sido encontrado com maior frequência os instrumentos Coparenting Family Rating System (CFRS), o Protocolo de Observação Coparental (OBS) e o Parenting Alliance Inventory (PAI), sendo a família nuclear a configuração familiar mais estudada. A partir da pesquisa realizada, pôde-se concluir que as pesquisas empíricas de coparentalidade precisam agregar metodologias qualitativas e possibilitar que famílias heterogêneas sejam investigadas.

Palavras-chave: Coparentalidade; Revisão Sistemática; Instrumentos.

Abstract: The concept of coparenting has been increasingly correlated to child adjustment and development of children. Through a Systematic Review (RSL), this article describes the most common measures of coparenting, as well as the most investigated familiar contexts found in studies of the CAPES database. Only they were analyzed empirical studies, in English, Spanish and Portuguese published between 2000 and 2014. Two important tests were applied and was approved for final analysis 37 studies. The results showed a predominance of the instruments in the shape of scales, has been found more often the instruments Coparenting Family Rating System(CFRS), the Observation Rating Coparental Protocol(OBS) and the Parental Alliance Inventory(PAI), and nuclear family, the most studied configuration. From the survey, it can be concluded that the empirical research of coparenting need to add qualitative methodologies and enable heterogeneous families are investigated.

Keywords: Coparenting; Systematic Review; Measurements.

A coparentalidade é considerada um conceito que estabelece a ponte entre a qualidade das interações da díade parental e os percursos desenvolvimentais da prole. Segundo Belsky, Putnam e Crnic (1995) a relação coparental é fundamental para o desenvolvimento das crianças, podendo ter efeitos negativos ou positivos, dependendo da forma como é conduzida pelas figuras coparentais. Dessa forma, estudos demonstram (Kurrien & Dawn Vo, 2004; Kwon & James, 2013) que padrões positivos na relação coparental são correlacionados positivamente com autoregulação infantil, habilidades das crianças em seus relacionamentos com seus pares e bons rendimentos acadêmicos; ao passo que baixos e conflituosos padrões de relações

coparentais têm sido associados às manifestações agressivas nas crianças, ansiedade e apego inseguro das mesmas (McHale, 2007).

Sob a influência da Teoria Estrutural de Minuchin (1985), o conceito de coparentalidade apresenta grande força ao relacionar o ajustamento das pessoas as suas redes relacionais (Teubert & Pinquart, 2010). Para Minuchin, o sistema familiar é constituído por vários subsistemas, sendo que os pais constituem o subsistema executivo, pois são estes que gerenciam e tomam as decisões familiares (Lamela, Nunes-Costa & Figueiredo, 2010). Entretanto, apesar da importância teórica de Minuchin, a noção de subsistema executivo tem sido insuficiente para conhecer e sistematizar mais profundamente a dinâmica interparental. Assim, outras contribuições teóricas, como a coparentalidade, surgiram com vistas a preencher as lacunas na área.

Segundo Frizzo et al. (2005) a noção de coparentalidade surgiu afim de compreender os impactos do divórcio conjugal sobre o desenvolvimento dos filhos (Riina & McHale, 2012; Blandon, Scrimgeour, Stifter, & Buss, 2014). Feinberg e Kan (2008), Van-Egeren (2004) e Margolin et al. (2001) definem a relação coparental como a colaboração mútua estabelecida entre pessoas em função de uma criança. A coparentalidade revela o modo como as figuras parentais coordenam entre si a sua parentalidade, apoiando ou minando o outro em função de suas crianças, sendo esta dinâmica considerada um eixo central da vida intrafamiliar (Minuchin, Rosman & Baker, 1978; McHale, Kuersten-Hogan, Lauretti, & Rasmussen, 2000; Van Egeren, 2004), mais do que a própria relação conjugal dos pais. Feinberg (2003) considera que, por exemplo, os conflitos coparentais apresentam-se como fatores de risco potenciais para o desenvolvimento dos filhos.

Margolin et al. (2001) consideram a coparentalidade como uma negociação dos papéis parentais, e afirmam que o processo coparental é a experiência mais significativa que dois adultos partilham, em função das responsabilidades, papéis e contribuições para com suas

crianças. Os autores esclarecem que as percepções maternas negativas se apresentam com mais frequência nas relações onde não há compartilhamento de tarefas nos cuidados aos filhos do que em díades onde os pais são mais participativos e colaboradores nos cuidados com as crianças. Ressalta-se que em díades parentais pouco colaborativas existem altos níveis de conflito conjugal.

Para Amato (2000), dos pais são esperados comportamentos proativos de trocas e partilhas dos assuntos relacionados aos seus filhos, e não comportamentos que demonstrem conflito interparental. Em alguns casos, tais conflitos são evidentes em brigas presenciadas pelas crianças, diálogos conflituosos que fomentam rivalidades entre os filhos e uma das figuras parentais, assim como situações de manipulação das crianças para que estas tomem partido por uma figura parental, em detrimento da outra.

Van Egeren e Hawkins (2004) compreendem a coparentalidade como um importante instrumento dos processos familiares, não podendo desconsiderar a conexão existente entre este fenômeno e as relações conjugais, visto que a forma como os cônjuges conduzem o seu relacionamento conjugal irá delinear, em grande parte, suas relações com seus filhos. Estes autores visando facilitar metodologicamente o uso do conceito de coparentalidade destacaram quatro aspectos presentes em uma relação coparental, sendo que primeiro, a presença de uma criança é imprescindível; segundo, presença de um parceiro (a); terceiro, ser um processo diádico; e quarto, ser um processo bidirecional.

Apesar do foco principal dos estudos de coparentalidade serem as famílias intactas, nucleares, Lindsey, Caldera e Colwell (2005) ampliam a concepção diádica, para triádica, pois envolveria uma terceira pessoa, os filhos. Lamela et al. (2010), Baker, Strozier e Cecil (2010), e Feinberg e Kan (2008) compreendem que uma relação coparental se dá entre cuidadores, independentemente ao tipo de relação que estes mantenham entre si. Esta ampliação do conceito de coparentalidade é compatível com as modificações que têm ocorrido na sociedade

contemporânea, uma vez que diferentes configurações familiares têm exercido cuidados as crianças e/ou aos adolescentes.

O aumento do interesse por este conceito tem contribuído com o desenvolvimento de instrumentos que acessam a coparentalidade. Lamela, Figueiredo e Bastos (2010), ao revisar os modelos teóricos que subsidiam os estudos sobre coparentalidade verificaram que dentre vários instrumentos, o Coparenting Questionnaire-CQ (Margolin, Gordis & John, 2001) é o que mais tem sido encontrado em pesquisas sobre coparentalidade. O autor justifica esta opção pelo fato de se tratar de uma medida de fácil manuseio, análise e aplicação.

Em função da abrangência, entende-se que estudos de revisões sistemáticas de literatura (RSLs) podem ser úteis na medida em que possibilitam apresentar um panorama aos pesquisadores de uma dada área, apontando tendências, e lacunas deixadas pelas pesquisas analisadas (Moher, Liberati, Tetzlaff, & The PRISMA group, 2009). Logo, o objetivo deste estudo é descrever, através de uma RSL, os instrumentos de coparentalidade e as configurações familiares investigadas em pesquisas que se propuseram estudar as relações coparentais.

Método

Este estudo apresenta uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sobre a coparentalidade. A RSL busca apresentar um processo formal e controlado, com critérios claros de inclusão e exclusão dos estudos, a fim de explicitar aos leitores o caminho metodológico adotado (Akobeng, 2005). Zoltowski, Costa, Teixeira e Koller (2014) afirmam que este método se caracteriza pela aplicação de estratégias de busca, análise crítica e síntese da literatura de forma organizada, minimizando os vieses. Dessa forma, para o alcance dos objetivos foram delineados sete passos, a saber: (1) formulação da pergunta problema; (2) localização e seleção dos estudos; (3) avaliação crítica dos estudos; (4) extração das variáveis do estudo; (5) análise e apresentação dos dados; (6) interpretação dos dados; (7) aprimoramento e atualização da revisão (Gomes & Caminha, 2014).

Primeiro Passo - Formulação da Pergunta Problema

O primeiro passo consistiu na formulação da pergunta ou problema de pesquisa que seria investigado neste trabalho, através de uma adaptação da técnica PICO, muito utilizada pelas investigações da área da saúde, que, adaptada para as ciências psicológicas, recebeu a nomenclatura P.V.O, onde P, refere-se ao problema da pesquisa, V, as variáveis do estudo e O, os resultados alcançados (Biruel & Pinto, 2011). Seguindo esta perspectiva, a pergunta norteadora desta pesquisa foi: Como estão configuradas as pesquisas empíricas sobre coparentalidade quanto aos instrumentos utilizados e famílias investigadas?

A partir da técnica, considera-se a seguinte estrutura, na qual: P (situação problema, participantes ou contexto - caracterização metodológica das pesquisas empíricas com díades coparentais); V (variáveis do estudo: instrumentos de coparentalidade e tipos de famílias); O (resultado esperado) - identificar, descrever e analisar os instrumentos de coparentalidade e famílias investigadas.

Segundo Passo - Localização e Seleção dos Estudos

Esta etapa consistiu na definição de alguns descritores relacionados ao tema em questão que foram escolhidos a partir da técnica P.V.O. Posteriormente, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Este procedimento não gerou nenhum resultado para o descritor coparentalidade, tendo sido considerado os termos coparentalidade, coparenting ou copaternidad. Deste modo não foi possível utilizar operadores booleanos (OR-AND) indicados pela técnica P.V.O, sendo dispensados no processo de busca.

Para refinamento da busca dos artigos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) serem estudos empíricos e revisados por pares; b) utilizarem instrumentos específicos para a análise da coparentalidade; c) trazerem o termo coparentalidade, coparenting ou copaternidad no título e/ou palavras-chaves; d) estarem em português, inglês ou espanhol e situarem a sua publicação entre os anos 2000 a 2014, e) terem disponibilidade *on-line*. Todas

as referências que não atenderam a estes critérios foram excluídas. O Portal de Periódico da CAPES foi escolhido em função de ser uma das maiores bibliotecas virtuais, por abranger periódicos científicos de alto nível, por conter um acervo abrangente dos principais artigos publicados em diversas áreas, em nível nacional e internacional.

Terceiro Passo – Avaliação Crítica dos Estudos

Os estudos passaram por dois testes de relevância adaptados de Azevedo (2010), nos quais dois juízes, independentemente, seguiram rigorosamente os critérios pré-estabelecidos. O teste de primeiro teste de relevância identificava se os estudos traziam os termos coparentalidade, coparenting ou copaternidad no título e/ou nas palavras-chaves. O material aprovado neste foi submetido a avaliação do segundo teste, que deveria analisar: a) se os estudos apresentavam instrumentos de coparentalidade definidos e específicos; b) se seus autores descreviam seus procedimentos de uso e análise; c) se descreviam os tipos de pesquisa, e de famílias participantes da pesquisa.

A decisão final para inclusão do artigo foi baseada nos dois testes de relevância, sendo necessária a concordância dos dois juízes. Todas as análises foram submetidas ao cálculo do Índice de Concordância (IC), a fim de que fossem asseguradas a confiabilidade e credibilidade aos estudos selecionados para a análise final (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Pereira, 2007). O cálculo deste índice ocorreu pela seguinte equação numérica: $IC = A/A+D \times 100$, onde A, representa as concordâncias e D, as discordâncias. A inclusão final do artigo baseou-se no índice de 90% de concordância.

Quarto Passo - Extração das Variáveis

No 4º passo, procedeu-se à extração das variáveis investigadas dos artigos selecionados. Os estudos foram analisados, especificamente, através das seguintes categorias, a saber: 1) Instrumentos de coparentalidade e 2) Tipos de famílias.

Quinto Passo – Análise e Apresentação dos Dados

As análises foram realizadas através dos seguintes procedimentos: para mineração e realização de uma estatística de tendência central que informa como a amostra é em sua totalidade, ou em média (Dancey & Reidy, 2006), foi utilizado o software EXCEL 2010. Para a análise das relações entre os instrumentos de coparentalidade e demais variáveis investigadas foi utilizado o Software NVIVO 10®, cujo objetivo é produzir os modelos conceituais exploratórios, realizando análises qualitativas e quantitativas, promovendo uma melhor organização e visualização dos dados.

Sexto e Sétimo Passos - Interpretação dos Dados, Aprimoramento e Atualização da Revisão

A partir da organização e análise dos dados, passou-se à interpretação dos mesmos utilizando-se de conceitos e pesquisas de coparentalidade mais relevantes que têm sido encontradas nas referências específicas em questão que foram levantadas pelo banco da CAPES.

Resultados

Primeiramente, foi conduzida uma caracterização geral dos artigos, sendo em seguida realizada a análise do método de cada estudo, destacando os instrumentos utilizados para acessar o comportamento coparental e os tipos de famílias investigadas.

Considerando os critérios estabelecidos (revisados por pares, serem artigos empíricos, estarem nos idiomas português, inglês e espanhol, trazerem o termo coparentalidade, coparenting ou copaternidad no título e/ou palavras-chaves, instrumentos de coparentalidade definidos, disponibilidade dos artigos *on-line*) a primeira busca encontrou 736 artigos. Destes, 358 não eram revisadas por pares; 178 não estavam disponíveis *on-line*; 78 estavam fora do

período estipulado e 72 eram trabalhos teóricos, teses e dissertações, tendo sido 686 objetos excluídos.

Os dados indicaram que 50 estavam aptos para serem avaliados pelos dois testes de relevância, dos quais 37 (5,02%) foram incluídos na análise final. Em suma, os artigos excluídos pelos testes não condiziam com os critérios estabelecidos, pois se verificou que os artigos não descreviam o tipo de pesquisa, o tipo de família, e os instrumentos de avaliação da coparentalidade, além dos critérios supracitados.

Caracterização dos Artigos da RSL

Quanto ao tipo de pesquisa, todos os estudos analisados adotaram uma abordagem quantitativa. Dos 37 artigos revisados, apenas um fora publicado na língua portuguesa, e os demais em inglês, sendo que 83,78% (n=31) pesquisas revisadas foram conduzidas nos Estados Unidos; 5,40% (n =2) no Canadá, 5,40% (n=2) em Portugal e 2,7% (n =1) na Holanda e 2,7% (N=1) em Israel. Sobre o período de publicação, observou-se que entre 2004 e 2008 foram encontrados em 35,1% (n =13) estudos, entre 2009 e 2011 foram 29,7% (n =11) e entre 2012 e 2014 registraram-se 35,1% (n =13) pesquisas.

Instrumentos de Coparentalidade

No total, foram identificadas 22 medidas para acessar a coparentalidade, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1.

Demonstrativo dos instrumentos de coparentalidade.

Instrumentos	Autor/Ano	Tipo de escala de resposta	Nº de itens	n (%) de estudos que utilizaram
1.Coparenting and Family Rating System (CFRS)	McHale, Kuersten-Hogan e Lauretti /2003	Observação	7	5(13,5)
2.Protocolo de Observação de comportamento coparental (OBS)	Gordon e Feldman/2008; Cowan e Cowan/1996	Observação	-*	5(13,5)
3. Parental Alliance Inventory (PAI)	Abidin e Brunner/1995	Auto-relato/Tipo likert de 5 pontos	20	5(13,5)

4. Coparenting Questionnaire (CQ)	Margolin, Gordis e John, 2001	Auto-relato/Tipo likert de 5 pontos	14	4(10,8)
5.Escala Adaptada(EA)	Mark e Solmeyer/ 2011	Auto-relato/Tipo likert de 7 pontos	13	1(4,5)
6. Family Experiences Questionnaire (FEQ)	Frank, Jacobson e Avery/1991	Auto-relato/Tipo likert de 9 pontos	40	1(2,7)
7.Parenting Alliance Measurement (PAM)	Abidin e Konold/ 1999	Auto-relato/Tipo likert de 5 pontos	20	1(2,7)
8.Coparent Scale(CS)	McHale/ 1997	Auto-relato/Tipo likert de 7 pontos	13	1(2,7)
9.Marriage Opinion Scale(MS)	Huston, McHale e Crouter/1986	Auto-relato/Tipo likert de 7 pontos	11	1(2,7)
10. Coparenting Coding System (CCS)	Fagan e Cabrera/ 2012	Auto-relato/Tipo likert de 4 pontos	1	1(2,7)
11. Coparenting Inventory for Parents and Adolescents(CI-PA)	Teubert e Pinguart/2011	Auto-relato/Tipo likert de 5 pontos	49	1(2,7)
12. Child Rearing Issues: Self and Spouse Scale(CRI-SSS)	Hetherington e Clingempell/ 1992	Auto-relato/Tipo likert de 6 pontos	39	1(2,7)
13. Who Does What(WDW)	Cowan e Cowan/ 1990	Observação/auto-relato tipo likert de 10 pontos	3	1(2,7)
14. Coparenting Relationship Measure(CRM)	Feinberg, Brown e Kan/ 2012	Auto-relato/Tipo likert de 7 pontos	28	1(2,7)
15.Coparent Conflict Question (CCQ)	Fagan e Cabrera/ 2012	Auto-relato/Tipo likert de 5 pontos	14	1(2,7)
16.Diabetics Coparenting Questionnaire(DCQ)	Barzel e Reid/2011	Auto-relato/Tipo likert de 5 pontos	14	1(2,7)
17. Intergenerational Coparenting Incarceration Rating System(ICIRS)	Baker, McHale, Strozier e Cecil / 2010	Observação	13	1(2,7)
18. Coparenting Behavior Scale(CBS)	Cowan e Cowan/1996	Observação	4	1(2,7)
19. Coparenting Practices Scale (CPPS)	Linares, Rhodes e Montalto/ 2005	Auto-relato/Tipo likert de 5 pontos	40	1(2,7)
20. Supportive Coparenting Scale(SCS)	Carlson, Mclanahan e Brooks / 2008	Auto-relato/Tipo likert de 3 pontos	6	1(2,7)
21. Coparent Relationship Items(CRI)	Dumka, Prost e Barrera/2002	Auto-relato/Tipo likert de 5 pontos	10	1(2,7)

22.EarlyChildhoodLongitudinal Study, Birth Cohor (ECLS-BC)	National Center for Education Statistics /2005	Auto-relato/Tipo likert de 6pontos	13	1(2,7)
---	--	---------------------------------------	----	--------

A análise dos estudos revelou que os três primeiros instrumentos que constam na Tabela 1, o Coparenting and Family Rating System (CFRS), o Protocolo de Observação de comportamento coparental (OBS) e o Parenting Alliance Inventory (PAI) foram utilizados em 13,5% (n=5) artigos cada um. O Coparenting Questionnaire (CQ) foi utilizado em 10,8% (n=4) estudos. Os demais instrumentos obtiveram 2,7% (n=1) ocorrência cada. Quanto ao ano de elaboração, observou-se que um maior número de medidas 59% (n=13) foram elaboradas no intervalo entre 2001 a 2012. Quanto ao tipo de instrumento, 77,3% (n=17) foram de auto-relato pontuados em escala tipo *likert* variando de 0 a 10 pontos, enquanto que nos demais instrumentos, a coparentalidade foi estudada através de escalas de observação. No que diz respeito ao número de itens por escala, identificou-se medidas que continham menos de 10 itens (33,4%), porém 66,6% estiveram estruturados por um maior número.

Modelos Exploratórios: Instrumentos de Coparentalidade e Tipos de Famílias

A Figura 1 consiste num Modelo Exploratório gerado pelo *software* NVIVO 10®, a partir da codificação dos instrumentos de coparentalidade que constam na Tabela 1 associados aos tipos de famílias codificadas. Os Modelos exploratórios gerados evidenciam os padrões que se estabelecem por meio da categorização realizada pelo pesquisador, construindo mapas conceituais. Assim, é possível observar os “nós” e as “fontes” geradas pelo programa. Os “nós” retratam os instrumentos de coparentalidade, enquanto “fontes” retratam os tipos de famílias investigadas. Nota-se que alguns “nós” (instrumentos) foram utilizados na investigação em fontes (contextos familiares) distintas.

Os tipos de famílias investigadas foram analisados e classificados em 4 subcategorias: 1- famílias nucleares; 2- famílias estendidas; 3- famílias divorciadas; 4- famílias mistas, conforme

mostrado na Figura 1. Dessa forma, a relação família-instrumento está aqui apresentada de acordo com a frequência de ocorrência nos 37 artigos revisados:

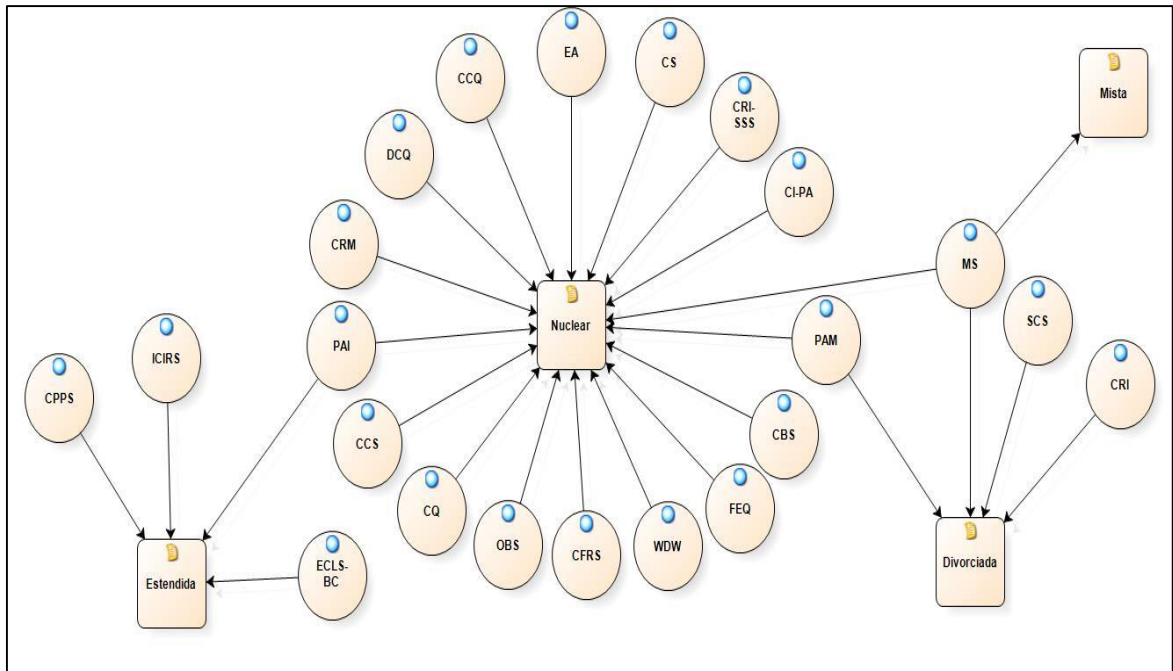


Figura 1. Modelo exploratório mostrando a relação dos instrumentos levantados e os tipos de famílias que investigaram.

Família Nuclear

Entende-se por família nuclear, aquelas que são formadas pelo pai, mãe e filhos biológicos (Valle, 2009), nesta revisão foram encontradas 29 (78,3%) pesquisas realizadas com estas famílias. A análise destes estudos revelou 17 diferentes instrumentos usados na coleta de dados dos mesmos, sendo que os mais frequentes foram: o Protocolo de Observação Coparental (OBS) e o Coparenting and Family Rating System (CFRS) (McHale, Kuersten-Hogan, & Lauretti, 2000) com cinco ocorrências cada medida (17,2%). O Parenting Alliance Inventory (PAI) (Kan, Feinberg, & Solmeyer, 2012) teve uma ocorrência neste tipo de família. O Coparenting Questionnaire (CQ) (Margolin, 1992) foi utilizado em quatro (13,7%) estudos. O Family Experience Questionnaire (FEQ) (Frank, Jacobson, & Avery, 1988) e o Coparenting Scale (CS) (Cowan & Cowan, 1996) foram encontrados em dois (6,8%) estudos.

Como exemplo de estudos desenvolvidos nesta categoria, o de Kollak e Volling (2007) buscaram conhecer a associação entre expressividade emocional como mediadora da existência de coparentalidade positiva, em famílias formadas por 57 casais, pais de crianças com até cinco anos de idade. Utilizando-se do Protocolo de Observação Coparental (OBS), os pesquisadores identificaram que houve maiores níveis de coparentalidade cooperativa naqueles casais onde os pares parentais expressavam mais as emoções, se comparados aos que não apresentavam tal comportamento. Foi ressaltado que a demonstração da emoção, principalmente dos pais, pode ser benéfica para o funcionamento do sistema familiar como um todo, principalmente, para o fortalecimento dos comportamentos coparentais.

Por sua vez, a pesquisa desenvolvida por Talbot e McHale (2004) utilizou o Coparenting Family Rating System (CFRS) com o objetivo de investigar a natureza da relação entre os comportamentos coparentais e os comportamentos de autocontrole e flexibilidade parental em 50 casais com filhos até 12 meses de idade. A coparentalidade foi verificada em termos da cooperação e competição das díades parentais. Os resultados revelaram que o autocontrole materno influencia positivamente o relacionamento coparental, da mesma forma que a flexibilidade dos pais auxilia na manutenção do relacionamento conjugal, preservando o relacionamento coparental.

Holland e McElwain (2013) utilizaram o Parenting Alliance Inventory (PAI), com o objetivo de investigar como 122 casais, pais de crianças entre dois anos e seis meses de idade, percebiam a qualidade do relacionamento marital como um elo na qualidade do relacionamento entre pais e filhos. Os dados revelaram que houve mais percepções positivas das mães sobre seus relacionamentos coparentais, quando havia níveis elevados de bom relacionamento conjugal. Na percepção dos pais, a qualidade do relacionamento conjugal está ligada diretamente à qualidade do relacionamento coparental entre as mães e seus filhos. Os autores

consideraram que bons níveis de relacionamento conjugal, predizem boas relações entre pais e filhos na primeira infância.

Família Estendida

A família estendida, aquela que ultrapassa a família nuclear devido à presença de outras pessoas, que não somente os pais e os filhos (Mota, Rocha, & Mota, 2011), foi investigada em quatro (10,8%) pesquisas. Nesta categoria, foi possível encontrar quatro diferentes medidas de avaliação da coparentalidade, sendo cada uma encontrada em uma pesquisa diferenciada. Foram elas: o Intergeneration Coparenting Incarceration Rating System (ICIRS) (Baker et al., 2010), o New Coparent Practice Measure (CPPS) (Linares, Montalto, & Oza, 2005), a Early Childhood Longitudinal Study, o Birth Cohort (ECLS-BC) (Snow, Thalji, & Derecho, 2007) e o Parenting Alliance Inventory (PAI) (Kan et al., 2012), conforme mostrado pelo modelo exploratório.

Assim, Baker et al. (2010) desenvolveram o Intergenerational Coparenting Incarceration Rating System (ICIRS) especificamente para um estudo piloto que investigou a qualidade da relação coparental em 40 díades formadas pelas avós e pelas mães que se encontravam em regime de encarceramento. Os resultados identificaram padrões de cooperação e conflito semelhantes às díades formadas pelas famílias nucleares. Encontrou-se boa inter-relação entre as mães e avós, o que foi preditivo para a emergência de bons comportamentos nas crianças e, níveis positivos de relação coparental após o período que as mães ficaram presas.

O New Coparent Practice Measure (CPPS) foi o instrumento criado e utilizado por Linares et al. (2005), sendo usado por estes mesmos autores para investigar a relação entre comportamento coparental de famílias adotivas e a externalização de problemas comportamentais nas crianças que foram adotadas. Participaram dois grupos de cuidadores

sendo 40 destes aparentados com a criança e 40 não aparentados. Os dados mostraram que as famílias adotivas não aparentadas mostraram maiores níveis de comunicação, flexibilidade e apoio em sua relação coparental, do que as famílias que tinham laços de parentesco com as crianças. Neste último grupo foram verificados altos níveis de coparentalidade conflituosa/triangular, resultando em externalização de problemas infantis, principalmente no contexto escolar.

Famílias Divorciadas

Embora o interesse pela coparentalidade tenha surgido inicialmente com famílias divorciadas, os estudos realizados com estes grupos foram poucos, apenas 3 (8,1%). Nesta categoria, a relação coparental foi acessada com o uso de quatro medidas diferenciadas, que foram: o Parenting Alliance Measure (PAM) (Abidin & Konold, 1999), o Marriage Scale (MS) (Huston, McHale, & Crouter, 1986), o Supportive Coparenting Scale (SCS) (Carlson, Mclanahan, & Brooks-Gunn, 2008) e o Coparent Relationship Items (CRI) (Dumka, Prost, & Barrera, 2002).

Lamela, Figueiredo e Bastos (2013) utilizando a Parenting Alliance Measure (PAM) (Abidin & Konold, 1999), tiveram por objetivo verificar a relação entre coparentalidade e ajustamento familiar no pós-divórcio, investigando três categorias: Regulado-Seguro (RS), Desregulado-Ansioso (DA) e Desregulado-Evitante (DE). Os resultados observados em 81 participantes mostraram que a categoria RS apresentou elevados níveis de relação coparental, perfis de vinculação, e melhores níveis de ajustamento psicológico do que os outros dois grupos. Entre estes, não foram encontradas diferenças significativas quanto ao ajustamento psicológico nas díades.

Famílias Mistas

Além dos três grupos acima descritos, também foi identificada uma pesquisa cujos autores mesclaram a amostra entre famílias divorciadas (85%) e nucleares (15%), assim Riina e McHale (2012) objetivaram identificar, ao longo de três anos, a correlação existente entre a satisfação coparental, com estressores socioculturais (ex. discriminação e dificuldades econômica) e mecanismos de suporte social (religiosidade e recursos socioeconômicos). Utilizando-se da medida Marriage Scale (MS), os pesquisadores entrevistaram 192 díades afro-americanas durante o período de adolescência dos filhos. No início da pesquisa, as díades eram todas casadas, sendo que com o tempo algumas se divorciaram. Os dados demonstraram que com a chegada da adolescência houve maior declínio do nível de satisfação coparental dos pais, mas não das mães. Os estressores sociais tiveram ação negativa sobre o nível de satisfação coparental das famílias, enquanto que o suporte social recebido por estas, tiveram ação positiva sobre a dinâmica coparental.

Discussão

Os dados desta revisão confirmam o crescimento do interesse e a diversidade de pesquisas sobre a coparentalidade (Marques, 2013; Pasinato & Mosman, 2014). No entanto, mostram que os estudos de natureza quantitativa são predominantes, observando-se que este crescimento se fez de modo unidirecionado, e pouco variados. Os instrumentos ora levantados trouxeram sua configuração estabelecida em medidas fechadas que pouco possibilitavam o acesso às percepções mais subjetivas das famílias estudadas.

Segundo Lamela et al. (2010) o CQ configura-se como o instrumento de maior utilização na investigação da coparentalidade. No entanto, este dado não se confirmou na presente revisão que identificou no banco de dados analisado que apenas quatro estudos utilizaram este instrumento. Todavia, o CFRS e os Protocolos de Observação coparental foram as medidas usadas com mais frequência.

Segundo Sifuentes (2007) apesar dos avanços nas pesquisas sobre coparentalidade e da relevância dos dados gerados por estes instrumentos, é necessário diversificar as estratégias de acesso às informações. Schmidt e Bosa (2004) ressaltam a necessidade de utilização de instrumentos menos estruturados, que abordem o problema também de forma qualitativa, como as entrevistas e observações, que permitam uma compreensão mais ampla e contextual dos fenômenos investigados.

Esta preocupação foi considerada por McHale et al. (2000) ao realizarem um estudo com o objetivo de conferir consistência metodológica ao conceito através de uma metodologia mista. Os dados foram coletados com 52 famílias, com filhos de 30 meses de idade através da aplicação da Coparent Scale (CS) (Solmeyer, Feinberg, Coffman, & Jones, 2013), observações focais e entrevistas individuais. Com a intenção de mostrar informações decorrentes de múltiplos procedimentos, seus dados revelaram a importância do contexto, visto que os pais não se comportavam da mesma forma quando sós com os filhos, e quando estavam em família. Além disso, as entrevistas forneceram informações complementares quanto à relação conjugal das díades coparentais. Os autores afirmam que esta estratégia multimetodológica, permitiu acessar a coparentalidade a partir de diferentes perspectivas, ampliando o foco de análise.

Considerando as potencialidades de acesso dos instrumentos utilizados pelos estudos analisados, verificou-se que as famílias nucleares foram em maior número acessados. Este dado revela a evolução das pesquisas na área cujo interesse inicial eram as famílias divorciadas (Amato, 2000; Frizzo et al., 2005; Lamela et al., 2010; Sarrazin & Cyr, 2007). A preocupação com as famílias em situação de divórcio pôde ser observada no banco de dados analisados. Raposo, Nunes-Costa e Figueiredo (2011) e Lamela, Nunes- Costa, Figueiredo e Prego (2011) destacam os elevados níveis de desajustes relacionais em situação de divórcio que diminui os níveis de qualidade na relação coparental. A coparentalidade pós-divórcio configura-se de modo peculiar, distinguindo-se completamente da coparentalidade conjugal.

A despeito da preocupação com as famílias divorciadas, 30 anos depois, pesquisas sobre comportamento coparental têm se concentrado em configurações familiares diferentes das anteriores. Nesta revisão foram encontrados estudos que investigaram famílias formadas predominantemente por díades casadas, em que pais e filhos são coabitantes, mas também outras configurações como, por exemplo, as formadas por mães compartilhando os cuidados dos filhos com as avós das crianças, assim como compartilhando estes cuidados com tios, amigos, babás, vizinhos, entre outros (Linares, Rhodes, & Motalton, 2010; Lewin, Mitchell, Beers, Feinberg, & Minkovitz, 2012; Solmeyer et al., 2013).

Apesar de pouco frequente, a presença de famílias não nucleares nos estudos sobre coparentalidade revela uma expansão deste tema de pesquisa que passa a agregar configurações heterogêneas (monoparentais, tri-parentais, tetra-parentais, etc.), pouco convencionais. Esta expansão se explica pelo fato dos papéis parentais poderem ser estruturados para além dos laços de consanguinidade ou parentesco (McHale et al., 2000), o que torna o conceito de coparentalidade universal e aplicável a todas as configurações familiares existentes (Lamela & Nunes-Costa, 2010).

Considerações Finais

Com o objetivo de organizar os dados apresentados em pesquisas sobre a coparentalidade, esta RSL descreveu os principais instrumentos utilizados e os grupos familiares investigados em pesquisas sobre as relações coparentais. Destaca-se que os caminhos metodológicos da RSL são de grande importância acadêmica, uma vez que permite acessar conteúdos de qualidade e que trazem informações relevantes do tema ora investigado.

Pôde-se observar que as medidas de coparentalidade predominantes até então foram de natureza quantitativas realizadas em famílias nucleares, e típicas. Neste sentido, considera-se importante a realização de estudos em contextos familiares mais heterogêneos, compatíveis com os novos padrões familiares que têm se apresentado na contemporaneidade. Ademais,

informações sobre estas famílias precisam ser acessadas através de estratégias não apenas quantitativas, mas também de natureza qualitativas que permitam um olhar ampliado e flexível sobre a realidade.

Esta pesquisa, porém, foi limitada, uma vez que um reduzido número de pesquisas foi analisado em virtude dos critérios de inclusão estabelecidos, principalmente metodológicos, uma vez que somente artigos empíricos foram considerados, descartando-se outras fontes de informações, como os estudos teóricos, teses e dissertações. Outro fator que contribuiu para esta limitação dá-se em função de apenas um banco de dados ter sido consultado. Tal fato reforça a necessidade futura da continuidade de estudos, teóricos e empíricos, visando, fundamentalmente, uma melhor compreensão da relação coparental, através da elaboração de novos modelos teóricos, novas medidas, ou com o aprimoramento dos já existentes.

Os resultados alcançados neste estudo apontam as demandas e necessidades que poderão ser preenchidas por pesquisas futuras. A sugestão é que estas sejam feitas, com naturezas integradas (quanti/quali), investigando outros contextos familiares que apresentem composições peculiares, não apenas as encontradas na literatura, mas, por exemplo, as homossexuais, com doenças crônicas, com crianças deficientes, entre outros, na intenção de agregar informações cada vez mais amplas acerca dos comportamentos coparentais em contextos diferenciados, assim como permitir que cada vez mais novas medidas sejam adaptadas e validadas a partir de tal heterogeneidade.

Referências

- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory, *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40. doi: 10.1207/s15374424jccp24014.
- *Abidin, R. R., & Konold, T. (1999). *Parenting Alliance Measure - Professional Manual*. Odessa, F. L: Psychological Assessment Resources.
- Akobeng, A. K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Archives Disability Child*, 90, 837-840. doi:10.1136/ad.2005.071761.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1269–1287. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x.

- Azevedo, R. S. (2010). Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa frágil: uma revisão sistemática de literatura. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- *Belsky, J., Putnam, S., & Crnic, K. (1995). Coparenting, parenting, and early emotional development. *New directions for child development*, 74, 45-55. doi: 10.1002/cd.23219967405.
- *Barzel, M., & Reid, G. J. (2011). A preliminary examination of the psychometric properties of the Coparenting Questionnaire and the Diabetes-Specific Coparenting Questionnaire in families of children with type I diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 56, 37-50. doi: 10.1093/jpepsy/jsq103
- *Baker, J., McHale, J., Strozier, A., & Cecil, D., (2010). Mother–grandmother coparenting relationships in families with incarcerated mothers: A Pilot investigation. *Family Process*, 49, 165-184. doi: 10.1111/j.1545-5300-2010.01316.x.
- Biruel, E. P., & Pinto, R. (2011). Bibliotecário: Um profissional a serviço da pesquisa. *Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, documentação e Ciência da Informação* (pp.330-333). Maceió: Universidade Federal de Alagoas.
- *Blandon, A. Y., Scrimgeour, M. B., Stiffer, C. A., & Buss, K. A. (2014). Within and between family differences in cooperative and competitive coparenting. *Journal of Family Psychology*, 1, 106-111. doi: 10.1037/a00355266.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.) *Attachment theory ad close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- *Carlson, M. J., McLanahan, S. S., & Brooks-Gunn, J. (2008). Coparenting and nonresident father's involvement with young children after a nonmarital birth. *Demograph*, 45, 461-488. doi: 10.1353/dem.0.0007.
- *Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1996). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., & Miller, N. B. (1988). Becoming a family: Marriage, parenting, and child development. In P. A. Cowan, & E. M. Hetherington (Eds.). *Family transitions* (pp. 79–109). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dumka L. E., Prost, J., & Barrera, M. Jr. (2002). The parental relationship and adolescent conduct problems in Mexican American and European American families. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 1, 37–57. doi: 10.1300/J398v01n0402.
- Fagan, J., & Cabrera, N. (2012). Longitudinal and reciprocal associations between coparenting conflict and father engagement. *Journal of Family Psychology*, 26, 1004–1011. doi: 10.1037/a0029998.

- Feinberg, M. E., & Kan, M. L. (2008). Establishing family foundations: Intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology*, 22, 253–263. doi: 10.1037/0893-3200.22.2.253.
- *Frank, S. J., Jacobson, S., & Avery, C. (1988). The Family Experiance Questionnaire. Manuscrito não publicado, Departamento de Psicologia, East Lansing, MI.
- Frizzo, G. B., Kreutz, C., Schmidt, C., Piccinini, C. A., & Bosa, C. A. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para pesquisa e a clínica. *Revista Brasileira de crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15, 84-94. Recuperado em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.
- Feinberg, M. (2000). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 5, 173-195. doi: 10.1023/A:1019695015110.
- Feinberg, M.(2003): The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention.*Parenting*, 3, 95-131. doi: 10.1207/S15327922PAR030201.
- Gomes, J., & Caminha, J. O. (2014). Guião para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as ciências do movimento humano. *Ensaio*, 20, 395-411. Recuperado em <http://www.seer.ufrgs.br>.
- *Holland, A., & McElwain, N. L. (2013). Maternal and paternal perceptions of coparenting as a link between marital quality and the parent-toddler relationship. *Journal of Family Psychology*, 27, 117–126. doi: 10.1037/a00314227.
- *Huston, T. L., McHale, S. M., & Crouter, A. C. (1986). Changes in the marital relationship during the first year of marriage. In R. Gilmour & S.Duck (Eds.), *The emerging field of personal relationships* (pp. 109– 132). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- *Kan, M. L., Feinberg, M. E., & Solmeyer, A. R. (2011). Intimate partner violence and coparenting across the transition to parenthood. *Journal of Family Issues*, 33, 96-102. doi: 10.1177/0192513x11412037.
- *Kollak, A. M., & Volling, B. L., (2007). Parental expressiveness as a moderator of coparenting and marital relationship quality. *Family Relations*, 56, 467–478. doi:10.1111/j.1741-3729.2007.00474.x.
- *Kurrien, R., & Dawn Vo, E. (2004).Who's in charge? Coparenting in south and Southeast Asian families. *Journal of Adult Development*,11, 207–219. doi: 10.1023/B:JADE.0000035628.42529.e5.
- *Kyong-Ah Kwon, H. J. & James, E.(2013). Links among coparenting quality, parental gentle guidance, and toddlers' social emotional competencies: Testing direct, mediational, and moderational models.*Journal of Family Studies*, 4, 19-25. doi: 10.5172/jfs.2013.19.1.19.
- Lamela, D., Figueiredo, B., & Bastos, A. (2013). Perfis de vinculação, coparentalidade e ajustamento familiar em pais recém-divorciados: diferenças no ajustamento

- psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 19-28. doi: 10.1590/S0102-79722013000100003.
- Lamela, D., Figueiredo, B. & Bastos, A. (2010). Adaptação ao divórcio e relações coparentais: contributos da teoria da vinculação. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 23, 562-574. doi
- Lamela, D., Nunes-Costa, R. & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 15, 205-216. doi:10.1590/S0102-79722010000300017
- *Lewin, A., Mitchell, S. J., Beers, L. S., Feinberg, M. E., & Minkovitz, C. S. (2012). Coparenting in teen mothers and their children's fathers: Evidence from the early childhood longitudinal study–birth cohort. *Academic Pediatrics*, 12, 539–545. doi: 10.1016/j.acap.2012.07.007.
- *Linares, L. O., Rhodes, J., & Montalto, D. (2010). Perceptions of coparenting in foster care. *Family Process*, 49, 530-542. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01338.x.
- *Linares, L. O., Montalto, D., & Oza, V.S. (2006). A promising parenting intervention in foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 32–41. doi: 10.1037/0022-006x.74.1.32
- *Lindsey, E. W., Caldera, Y. M., & Colwell, M. (2005). Correlates of coparenting during infancy. *Family Relations*, 54, 346–359. doi: 10.1590/S0102-79722010000300017.
- *Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15, 3–21. doi: 10.1037/0893-3200.15.1.3.
- Marques, C. M. (2013). Coparentalidade e estilos parentais educativos em contexto rural e urbano. (Dissertação de mestrado), Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- *McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., Lauretti, A., & Rasmussen, J. L. (2000). Parental reports of coparenting and observed coparenting behavior during the toddler period. *Journal of Family Psychology*, 14, 220–236. doi: 10.1037/0893-3200.14.2.220.
- *McHale, J. P. (2007). Over and Covert coparenting process in the family. *Family Process*, 36, 183-201. doi: 10.1111/j.15455300.1997.00183x.
- *McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., & Lauretti, A. (2003). Evaluating coparenting and family level dynamics during infancy and early childhood: The coparenting and family rating system. In P. K. Kerig & K. M. Lindahl (Eds.), *Family observational coding systems: Resources for systemic research* (pp.) New Jersey: Erlbaum.
- *Milgran, N. A., & Rao, N. (2004). Growing points for coparenting theory and research. *Journal of Adult Development*, 11, 221-234. doi:10.1023/B:JADE.0000035629.29960.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289–302. doi: 10.2307/1129720.

- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, B. L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Harvard University Press, Caombridge, MA.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & The PRISMA group. (2009). Preferred reporting items for sistematic reviews and meta-analyses. The PRISMA Statement. Plos med. doi: 10.137/journal.pmed.10000097
- Mota, T. S., Rocha, R. F., & Mota, G. B. C. (2011). Família-considerações gerais e historicidade no âmbito jurídico. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n.86. Recuperado em: <http://ambitojuridico.com.br>. Acessado em mar 2016
- Pasinato, L., & Mosmann, C. P. (2015). Coparentalidade em genitores de bebês com indicativos de dificuldades de inserção escolar. *Psicologia Escolar educacional*, 19, 31-40. doi:10.1590/2175-3539/2015/0191791.
- Polit, D. F., Becker, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ed. Porto Alegre: Artmed.
- Raposo, H., Figueiredo, B., Lamela, D., Nunes- Costa, R., Castro, M., & Prego, J. (2011). Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. *Psiquiatria Clínica*, 38, 29-33. doi: 10.159/S0101-60832011000100007.
- *Riina, E. M., & McHale, S.M. (2012). The Trajectory of coparenting satisfaction in african american families: The impact of sociocultural stressors and supports. *Journal of Family Psychology*, 26, 45-51. doi: 10.1037/a0030055.
- Sarrazin, J. & Cyr, F. (2007). Parental conflicts and their damaging effects on children. *Journal of Divorce & Remarriage*, 47, 77-93. doi: 10.1300/J087.
- *Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Brown, G. L., & Sokolowski, M. S. (2007). Goodness-of-fit in family context: Infant temperament, marital quality, and early coparenting behavior. *Infant Behavior & Development*, 30,82–96. doi: 10.1016/j.infbeh.2006.11.008.
- Sifuentes, M. (2007). *As características da coparentalidade em pais de crianças com autismo em idades pré-escolar*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Schmidt, C., & Bosa, C. A. (2004). A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica de literatura e proposta de um novo modelo. *Interação*, 7, 111-120. doi: 10.5380.
- *Solmeyer, A., Feinberg, M., Coffman, D. L., & Jones, D. (2013). The effects of the family foundations prevention program on coparenting and child adjustment: A mediation analysis. *Prevention Science*, 15, 213-223. doi: 10.1007/s11121-013-0366-x.
- *Taubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*, 10, 286–307. doi: 10.1080/15295192.2010.492040.

- *Talbot, J. A., & McHale, J. P. (2004). Individual parent adjustment moderates the relationship between marital and coparenting quality. *Journal of Adult development*, 11, 191–205. doi: 1068.0667/04/0700-0191/0.
- Valle, T. G. M. (2009). *Aprendizagem e Desenvolvimento Humano: Avaliações e Intervenções*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- *Van Egeren, L. A. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 25, 453–477. doi:10.1002/imhj.20019.
- *Van Egeren, L. A., & Hawkins, D. (2004). Coming to terms with coparenting: Implications of definitions and Measurement. *Journal of Adult Development*, 11, 165-178. doi: 1068-0667/04/0700-0165/0
- Zoltowski, A. P., Costa, A. B., Teixeira, M. A., & Koller, S. H. (2014). Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 30, 97-104. doi: 10.1590/S0102-37722014000100012.

Estudo 2

Relações Coparentais de Cuidadores Principais de Crianças com Paralisia Cerebral

Resumo: A coparentalidade tem sido associada ao desenvolvimento saudável das crianças. O objetivo deste estudo foi descrever e analisar a coparentalidade e variáveis sociodemográficas de 84 cuidadores principais de crianças com paralisia cerebral (PC) atendidas em um Centro de Referência de Belém-Pará-Brasil, verificando quais as correlações existentes entre estas variáveis. Os instrumentos foram: Inventário Sociodemográfico (ISD), Coparenting Questionnaire (CQ), Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). A Análise de Correspondência foi o procedimento de análise principal. As mães foram as cuidadoras principais (92,9%), desempenhando funções “do lar” em 67% dos casos. As crianças foram meninas em 53,6% dos casos, e avaliadas majoritariamente no nível V (46,4%) da GMFCS. Os dados revelaram baixos níveis de coparentalidade na maioria dos cuidadores, associado estatisticamente ao gênero feminino das crianças, ao fato destas não estudarem, terem idades entre seis e 12 anos, e níveis GMFCS IV e V. A religião católica, o estado civil e o tipo de família também foram associados à baixa coparentalidade. Foram identificadas correlações significativas ($p < 0,05\%$) entre a baixa coparentalidade e altos níveis de conflito e triangulação coparental.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral. Coparentalidade. Dados Sociodemográficos.

Abstract: Coparenting has been associated with the healthy development of children. The aim of this study was to describe and analyze the coparenting and sociodemographic variables of 84 primary caregivers of children with cerebral palsy (CP) attended at a Reference Center in Belém-Pará-Brazil, verifying which correlations exist between these variables. The instruments were: Sociodemographic Inventory (ISD), Coparenting Questionnaire (CQ), Gross Motor Function Classification System (GMFCS). Correspondence Analysis was the main analysis procedure. Mothers were the main caregivers (92.9%), performing "home" functions in 67% of the cases. The children were girls in 53.6% of the cases, and evaluated mainly in level V (46.4%) of GMFCS. The data revealed low levels of coparenting in most caregivers, statistically associated with the male gender of the children, the fact that they did not study, were between six and 12 years old, and GMFCS levels IV and V. The Catholic religion, marital status and the family type were also associated with low coparenting. Significant correlations ($p < 0.05$) between low coparenting and high levels of conflict and coparental triangulation were identified.

Keywords: Cerebral Palsy; Coparenting; Sociodemographic Data.

A coparentalidade tem sido amplamente estudada nos últimos anos, por ser entendida como um processo fundamental para o desenvolvimento saudável dos filhos, definindo-se pela relação estabelecida entre dois ou mais adultos ao dispensarem cuidados e educação de minimamente uma criança (Lamela & Figueiredo, 2016). As relações coparentais podem ocorrer entre duas mães, ou dois pais, entre os pais e os avós, ou mesmo entre cuidadores sem

laços consanguíneos com as crianças (McHale, 2002). Neste processo, leva-se em consideração a forma como os cuidadores articulam-se, se há ou não uma divisão equitativa, se ocorre de forma amistosa ou conflituosa, atentando-se para a maneira como as crianças vivenciam tais relações (Lamela & Figueiredo, 2016).

De modo a operacionalizar o entendimento conceitual da coparentalidade, alguns modelos teóricos foram propostos, dentre estes se destaca o de Margolin, Gordis e John (2001) ao apontar um tripé dimensional como a base nos seguintes pontos: a cooperação, o conflito e a triangulação. A cooperação coparental é descrita pela forma como os cuidadores ajudam-se mutuamente nos cuidados a criança, representando fator protetivo ao seu desenvolvimento. O conflito coparental revela o duelo entre os cuidadores quanto aos cuidados, expondo a criança a fatores de risco, uma vez que presenciariam desarticulações frequentes (brigas e discussões). A triangulação, por sua vez, colocaria a criança em um “campo minado”, onde um dos cuidadores seria anulado pela aliança formada entre o outro cuidador e a criança. Para Margolin et al. (2001), a triangulação seria o fator que maior prejuízo traria ao desenvolvimento psicológico infantil.

As três dimensões supracitadas podem ser encontradas em outros modelos teóricos, muito embora sejam descritas de maneira diferenciada, como por exemplo, no modelo ecológico proposto por Feinberg (2003) que apresenta quatro dimensões inter-relacionadas, nas quais o conflito pode ser visto pelos: a) acordos ou desacordos nas práticas parentais; a cooperação pela: b) divisão de trabalho relacionado à criança e c) gestão conjunta das relações familiares; e a triangulação pelo: d) suporte sabotagem do par coparental. Estes modelos foram construídos a partir de estudos em famílias que passavam por situações de divórcio conjugal (Lamela, Nunes-Costa, Castro, & Prego, 2010) e que continham crianças com desenvolvimento típico (Pratti & Koller, 2011; Azinheiro, 2012; Pasinato & Mosman, 2016).

Atualmente, embora seja pouco frequente, a coparentalidade tem sido investigada em outros contextos, como os de famílias de crianças com deficiência (Schmidt, 2008; Amaral, 2007; Oliveira, 2014). O interesse em estudar a coparentalidade neste contexto embasa-se nos impactos do nascimento de uma criança com deficiência no sistema familiar (Almeida, Molina, Vieira, Higarashi, & Marcon, 2006; Almeida, Ruedell, Nobre, & Tavares, 2015; Silva & Pontes, 2016). Dentre as deficiências mais estudadas em pesquisas com famílias atípicas, a Paralisia Cerebral (PC) tem configurado grande parte destes estudos (Andrade, Vieira, & Dupas, 2010; Ribeiro et al., 2016).

A PC acomete o desenvolvimento motor das crianças, e acarreta sobrecarga aos seus cuidadores, alterando a vida familiar como um todo (Ferreira, 2016). É descrita como um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações nas atividades. É ocasionada por lesões no cérebro em desenvolvimento, e dependendo da área afetada pode vir acompanhada por alterações na sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento, podendo ter ou não a ocorrência de convulsão (Rosembaum, Paneth, Leviton, Goldstein, & Bax, 2007). As características da PC impactam de diferentes formas as famílias onde ocorrem, podem ser sentidas na relação conjugal, na vida pessoal de cada mãe e cada pai, e na rotina familiar como um todo (Silva & Pontes, 2016), tornando a tarefa de cuidados mais complexa e difícil. Em termos práticos, dependendo do nível de comprometimento, os indivíduos com PC e seus cuidadores passam a tornar-se interdependentes no desempenho de várias atividades, dentre as quais as Atividades da Vida Diária (AVDs) (Monteiro, Vasconcelos, Silva, & Cavalcanti, 2012).

Economicamente, cuidar de uma criança com PC, também afeta a vida familiar, uma vez que, se ambos os progenitores trabalhavam antes do nascimento, e do diagnóstico, com o advento deste, geralmente as mães abdicam de voltar à atividade laboral anterior para cuidar exclusivamente dos filhos, deixando de colaborar financeiramente no sustento familiar

(Gregorutti & Omote, 2015). Aliado a isso, a rotina de cuidados terapêuticos, passa a onerar significativamente os rendimentos familiares, onde em algumas situações, passam a contar somente com os benefícios de prestação continuada que a criança passa a receber em virtude da deficiência (Macedo & Oliveira, 2015).

Dos poucos estudos sobre coparentalidade em famílias atípicas, o de Oliveira (2014) investigou relações coparentais em 55 famílias portuguesas de crianças com deficiência intelectual (DI). Seus dados mostraram que nas famílias com filho único, havia maiores níveis de cooperação coparental no momento do diagnóstico, mas não encontrou correlação entre a variável idade da criança com a coparentalidade. Este dado foi diferente aos encontrados por Sifuentes e Bosa (2010) em famílias de crianças autistas em que a idade baixa dos filhos foi determinante para a existência de uma relação coparental positiva. Com relação ao gênero dos filhos não houve correlação com a coparentalidade, corroborando os dados encontrados por Azinheiro (2012) em pesquisa posterior.

Conforme demonstrado nestes estudos, as condições contextuais devem ser levadas em consideração ao se investigar as relações interpessoais, as dinâmicas familiares e as relações coparentais. Logo, a fim de investigar como estas características podem influenciar a coparentalidade, o objetivo deste estudo foi descrever e analisar a coparentalidade e características sociodemográficas de cuidadores principais de crianças com paralisia cerebral, verificando possíveis correlações existentes entre estas variáveis, partindo-se da hipótese acerca da forte associação entre maiores níveis de comprometimento motor de crianças com PC e maiores padrões de coparentalidade estabelecidos entre seus cuidadores.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 84 cuidadores principais de crianças entre zero e 12 anos com diagnóstico de PC atendidas em um Centro de Referência especializado nas áreas de crescimento e desenvolvimento infantil em Belém-Pará-Brasil.

Instrumento e Materiais

Prontuário clínico das crianças com PC.

Este material foi fornecido pelo Centro, e continha informações necessárias para que as crianças com PC e seus cuidadores fossem localizados.

Inventário Sociodemográfico (ISD).

Instrumento construído pelo Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento – LED do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da UFPA, e continha questões relativas aos dados Sociodemográficos (gênero, idade, escolaridade, renda familiar, religião, causa da PC, nº de filhos, entre outros).

Gross Motor Function Classification System (GMFCS).

Avalia a criança em cinco níveis (I, II, III, IV e V) de acordo com a idade considerando o que esta consegue realizar em termos da função motora grossa. No nível I a crianças consegue mover-se sem restrições; no nível II, anda sem auxílio de aparelhos e muletas, tem limitações para andar fora de casa e na comunidade; no nível III a criança consegue andar com auxílio de andadores ou muletas, tem dificuldades para andar fora de casa e na comunidade; no nível IV, anda com auxílio externo, com limitações e necessita de cadeira de rodas para andar fora de casa e na comunidade, e apresenta atividades manuais limitadas; e no nível V a mobilidade é gravemente limitada, mesmo com aparelho e adaptações, necessitando de assistência total (Palisano et al., 2007).

Coparenting Questionnaire (CQ).

Consistiu em uma escala *likert* de cinco pontos contendo 14 itens que avaliam a coparentalidade em função de três subescalas, a saber: cooperação (itens 1-5), triangulação (itens 6-9) e conflito (itens 10-14), com respostas que são pontuadas da seguinte forma: 1 para a resposta *nunca*, 2 para *raramente*, 3 *às vezes*, 4 *normalmente*, e 5 *sempre*. Este instrumento apresenta boa consistência interna com valores de alfa de Cronbach variando de .69 a .87. (Margolin, et al., 2001).

Procedimentos Éticos, de Coleta e de Análise dos Dados.

O projeto foi submetido à comissão de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS, com parecer favorável (473.140). No Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) foram apresentados os propósitos da pesquisa, conforme previsto na Resolução nº. 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, garantindo aos participantes da pesquisa a confidencialidade das informações e o direito ao acesso dos resultados.

Os cuidadores e as crianças foram localizados e identificados a partir da consulta aos prontuários clínicos. Após o levantamento do número de crianças com PC que se enquadravam nos critérios escolhidos (ter até doze anos de idade e não apresentar qualquer tipo de alteração genética e/ou TEA), os participantes foram abordados e entrevistados na sala de espera nos dias em que as crianças possuíam atendimentos agendados. Nesta abordagem, eram-lhes feitas explicações acerca da pesquisa e realizado o convite para participar da mesma. Mediante o aceite, o TCLE fora assinado, e os instrumentos aplicados na seguinte sequência: 1º) ISD; 2º) GMFCS e 3º) CQ. A aplicação da GMFCS foi realizada por uma fisioterapeuta componente da equipe de pesquisa. A duração média de aplicação desses instrumentos foi de 30 minutos.

Os dados do ISD e GMFCS foram inseridos na base de dados de SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0 para realização de estatística descritiva. Os dados

de coparentalidade foram submetidos à Técnica de Análise de Correspondência (ANCOR) com o auxílio do aplicativo *Statistica*, versão 6.0.

A ANCOR é uma técnica estatística exploratória utilizada para verificar associações ou similaridades entre variáveis qualitativas ou variáveis contínuas categorizadas, e sua principal característica é redução de dados a serem analisados pelo pesquisador com perda mínima de informações (Fávero, 2009). Pestana e Gageiro (2005) recomendam que seja realizado o teste qui-quadrado (χ^2) para verificar a existência de dependência entre as variáveis em estudo. As hipóteses testadas são H_0 : as variáveis são independentes e H_1 : as variáveis são dependentes.

De acordo com Ramos, Almeida e Araújo (2008), quando utilizada a ANCOR simples, as associações são propagadas em um plano bidimensional, logo, a soma do percentual de inércia das dimensões 1 e 2 deve ser igual ou superior a 70% para que os resultados sejam válidos. Para saber qual é a probabilidade de uma categoria de variável estar associada com outra foi necessário calcular o coeficiente de confiança (γ). As associações entre as categorias são consideradas significativas, quando o valor do coeficiente de confiança indica probabilidades moderadamente significativas, isto é, quando $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$ ou quando o valor do coeficiente de confiança indica probabilidades fortemente significativas, isto é, quando $(\gamma) \geq 70,00\%$.

Para aplicação da ANCOR foram considerados dois grupos, baseados na Teoria dos Percentis Amostrais (Bussab & Morettin, 2011), isto é, o primeiro grupo com escores de 0 a 75%, denominado de grupo com baixa coparentalidade, e o segundo grupo com escores de 75 a 100%, com alta coparentalidade. No Índice Geral os valores positivos dos coeficientes das variáveis (índices), indicaram que quanto maior fora o valor do escore obtido, maior a sua Coparentalidade. Em todos os testes, fixou-se $\alpha = 5\%$ ($p \leq 0,05$) para rejeição da hipótese nula. Após a aplicação da ANCOR, os valores do nível descritivo (p) menores que o nível de significância de 0,05 (5%) e do Critério Beta (β) maior ou igual que 3, indicam que tanto as

variáveis como suas categorias foram dependentes. Além disso, observou-se que a soma dos percentuais de inércia indicou que mais de 70% da informação foi restituída pela ANCOR. Desta forma todos os pressupostos para utilização desta técnica foram satisfeitos.

Resultados

Dados Sociodemográficos

Caracterização dos cuidadores.

Dos 84 cuidadores principais, 88,1% eram as mães das crianças, 2,4% os pais, e 3,6% a avó materna. A amostra foi predominantemente paraense (92,9%), casada (73,80 %), com idade média de 32,93 (DP= 8,5), grande parte (54,76%) moradora da região metropolitana de Belém. A escolaridade predominante foi o ensino médio (64,2%). Para o item atividade principal 79,8% declararam-se “do lar”. A religião predominante foi a cristã (católica e protestante) em 83% dos casos. O pai da criança apareceu como díade coparental em 40,5% das famílias e a avós (materna e paterna) sendo citadas como segunda maior cuidadoras (22,6%).

Caracterização das crianças com PC.

Com relação às crianças com PC, 53,6% eram meninas. Quanto à posição na prole, 83,3% constituíam-se até o 3º filho. A idade média das crianças foi de 6,06 anos (DP= 2,9). Metade frequentava a escola regular, grande parte na educação infantil (32,1%). Quanto ao recebimento de benefício de assistência social, 84,52% foram contempladas. A distribuição dos níveis da escala GMFCS ficou da seguinte forma: nível I (8,3%); nível II (9,5%); nível III (15,5%); nível IV (20,2%) e nível V (46,4%).

Caracterização das famílias.

Quanto ao tipo de família, a amostra caracterizou-se da seguinte forma: 57,1% foram famílias nucleares; 26,2% como família estendida; e 16,7% de outros grupos familiares. A renda familiar predominante foi de até dois salários mínimos (79,7%), seguido daquelas que viviam

com até cinco salários (20,3%). Se perguntados se houve vivência de separação conjugal, 32,1% afirmou que sim, sendo que em 14,42% dos casos, houve separação após o diagnóstico.

Dados da Coparentalidade

Coparentalidade geral.

Os dados indicaram que no grupo dos cuidadores com baixo nível de coparentalidade, os escores deveriam estar situados entre os valores 5,05 e 12,25 (0 a 75%). No grupo dos cuidadores com alto nível de coparentalidade, os escores deveriam situar-se entre 12,26 e 15,88 (75% a 100%). Os resultados mostraram que a média geral de coparentalidade obtida na amostra de cuidadores deste estudo foi de 10,75 (DP=2,52), o que classificou 65 cuidadores possuindo baixo nível de coparentalidade. Partindo-se da hipótese inicial acerca da influência das características sociodemográficas sobre a coparentalidade, a Tabela 1 mostra os resultados obtidos pela ANCOR entre as variáveis:

Tabela1.

Resíduos e Níveis de Confiança- γ (entre parênteses), resultantes da ANCOR.

Variável	Categoria	Índice Geral de Coparentalidade	
		Baixa	Alta
Gênero da Criança	Feminino	1,34(82,03)*	-2,32(0,00)
	Masculino	-1,44(0,00)	2,50(98,74)
Criança Frequenta Escola	Sim	-2,16(0,00)	3,74(99,98)
	Não	2,16(96,92)*	-3,74(0,00)
Idade da criança	1 a 5	-2,16(0,00)	3,74(99,98)*
	6 a 12	2,16(96,92)*	-3,74(0,00)
GMFCS	Níveis I e II e III	-1,51(0,00)	2,62(99,12)*
	Níveis IV e V	1,07(71,50)*	-1,85(0,00)
Salário	1 a 2	0,49(37,24)*	-0,84(0,00)
	2 a 5	-1,00(0,00)	1,73(91,67)*
Tipo de Família	Estendida	2,00(95,45)*	-3,46(0,00)

	Nuclear	-1,73(0,00)	3,00(99,73)*
Situação Civil do Cuidador	Solteiro	2,84(99,54)*	-4,91(0,00)
	Casado	-1,64(0,00)	2,84(99,54)*
Religião	Protestante	2,40(98,36)*	-4,16(0,00)
	Católica	-1,98(0,00)	3,43(99,94)*
Cooperação		0,38(29,45)*	-0,65(0,00)
	Baixa	-0,65(0,00)	1,13(74,32)*
	Alta	-1,13(0,00)	1,96(95,05)*
	Baixa	1,96(95,05)*	-3,40(0,00)
Triangulação	Alta	-	2,44(98,53)*
	Baixa	1,41(0,00)	-3,97(0,00)
	Alta	2,29(97,82)*	

Nota. **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$.

*Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$.

Observou-se que o baixo nível de coparentalidade esteve associado aos cuidadores solteiros, com renda familiar até dois salários mínimos, de religião protestante, e pertencentes ao tipo de família estendida. Com relação às características infantis, o baixo nível de coparentalidade esteve associado ao gênero feminino das crianças, ao fato destas não frequentarem a escola, terem idades compreendidas entre seis a 12 anos, e avaliadas nos níveis IV e V da GMFCS. Com relação às subescalas, altos níveis de conflito e triangulação estiveram associados ao baixo nível de coparentalidade (Tabela 1).

Para os cuidadores que apresentaram altos níveis de coparentalidade (n=19), observou-se correlação estatisticamente significativa com os cuidadores casados, de religião católica, com rendas familiares entre dois a cinco salários mínimos, e pertencentes ao tipo de família nuclear. No que diz respeito às crianças, o gênero masculino, idades entre um a cinco anos, avaliação GMFCS indicativa dos níveis I, II e III, e ao fato de frequentarem a escola, tiveram influência

sobre este padrão. Com relação às subescalas foram observados baixos níveis de conflito e triangulação associados a altos níveis de coparentalidade (Tabela 1).

Correlação entre as subescalas da coparentalidade e as variáveis sociodemográficas.

Após a ANCOR, foram considerados os seguintes valores para obter classificação alta ou baixa dentro das subescalas cooperação, triangulação e conflito: baixa cooperação (2,21 a 8,68) e alta cooperação (8,69 a 10,29); baixa triangulação (2,15 a 3,70) e alta triangulação (3,71 a 7,76); baixo conflito (1,09 a 4,01) e alto conflito (4,02 a 6,34). Dessa forma, a Tabela 2 mostra as associações encontradas entre as subescalas e as variáveis sociodemográficas:

Tabela 2.

Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da ANCOR entre as subescalas de coparentalidade e as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias	Cooperação		Triangulação		Conflito	
		Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixo	Alto
Gên. Criança	Fem.	0,75(54,39)**	-1,29(0,00)	-1,02 (0,00)	1,66(90,24)*	$p = 0,189$	
	Masc.	-0,80(0,00)	1,39(83,45)*	1,09(72,54)*	-1,78(0,00)		
Criança estuda	Sim	$p = 0,383$		-1,57(0,00)	2,55(98,93)*	-1,54(0,00)	2,67(99,25)*
	Não			1,57(88,31)*	-2,55(0,00)	1,54 (87,72)*	-2,67(0,00)
Idade da criança	0 a 5	0,93(0,00)	1,60(82,12)*	1,60(89,12)*	2,20(97,19)*	1,54 (0,00)	-2,67(0,00)
	5 a 12	-0,93(64,55)**	-1,60(0,00)	-2,20(0,00)	3,58(99,97)*	-1,54(0,00)	2,67 (99,25)
Idade cuidador	Jovem	1,07(71,42)*	-1,85(0,00)	$p = 0,410$		-2,59(0,00)	4,49(100,00)*
	Meia Idade	-0,96(0,00)	1,67(90,44)*			2,12(96,57)*	-3,67(0,00)
	Maduros	-0,53(0,00)	0,93(64,55)**			1,60(89,12)*	-2,78(0,00)
Sit. Civil cuida.	Solteiro	1,96(95,05)*	-3,40(0,00)	-3,77(0,00)	6,14(100,00)*	-3,27(0,00)	5,67(100,00)*
	Casado	-1,13(0,00)	1,96(95,05)*	2,18(97,05)*	-3,54(0,00)	1,89(94,12)*	-3,27(0,00)
Escolaridade	Fundam.	$p = 0,374$		-1,33(0,00)	2,16(96,94)*	-2,55(0,00)	4,41 (100,00)*
	Médio			1,61(89,26)*	-2,62(0,00)	3,09(99,80)*	-5,35(0,00)
Religião	Protestante	1,71(91,37)*	-2,97(0,00)	-1,18(0,00)	1,92(94,50)*	$p = 0,374$	
	Católica	-1,41(0,00)	2,45(98,57)*	0,97(66,89)**	-1,58(0,00)		
	1 a 2	1,46(85,44)*	-2,52(0,00)	-1,17(0,00)	1,91(94,41)*	-0,49(0,00)	0,84(59,92)**
Salário	2 a 5	-3,00(0,00)	5,20 (100,00)*	2,42(98,45)*	-3,94(0,00)	1,00(68,27)*	-1,73(0,00)
						*	
Tipo de Família	Estendida	2,67(99,23)*	-4,62(0,00)	-2,81(0,00)	4,57(100,00)*	$p = 0,078$	
	Nuclear	-2,31(0,00)	4,00(99,99)*	2,43(98,49)*	-3,96(0,00)		

Nota. **Probabilidade moderadamente significativa, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$. *Probabilidade fortemente significativa, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$.

Cooperação coparental

Apresentaram baixa cooperação 63 cuidadores cuja média obtida nesta subescala foi de 7,13 (DP= 2,05). Observou-se que o gênero feminino da criança, com idades entre seis a 12 anos esteve associado com baixa cooperação entre os cuidadores, sendo estes jovens (20 a 30 anos) e solteiros, que seguiam a religião protestante, e apresentaram renda familiar de um a dois salários mínimos, pertencentes ao tipo de família estendida.

Alta cooperação foi observada nos cuidadores de meninos, com idades entre um e cinco anos. As características dos próprios cuidadores que influenciaram a alta cooperação, foi o fato de serem de meia idade (31 a 41 anos) ou maduros (45 a 55 anos), casados e pertencentes às famílias nucleares, de religião católica, com renda familiar entre dois a cinco salários (Tabela 2).

Triangulação coparental

Baixa triangulação foi encontrada em 61 cuidadores, cuja média obtida na subescala foi de 3,05 (DP=1,33). Observou-se que esteve associada ao gênero masculino da criança, com idades entre um e cinco anos, com posição na prole até o 3º filho, e àquelas que não frequentavam a escola. Quanto às características dos cuidadores, os casados, pertencentes às famílias nucleares, que possuíam o ensino médio, católicos, e de renda familiar entre dois a cinco salários mínimos apresentaram baixa triangulação.

Observou-se que nos cuidadores com alta triangulação, o gênero feminino das crianças, as idades entre seis a 12 anos, o fato destas frequentarem a escola, e cuja posição na prole esteve entre o 4º e 7º filho, foram fatores associados a triangulação alta. Quanto às características dos cuidadores, o fato de serem solteiros, com ensino fundamental, seguirem a religião protestante, terem renda familiar até dois salários mínimos, e pertencerem às famílias estendidas foram fatores que estiveram estatisticamente associados à alta triangulação (Tabela 2).

Conflito coparental

Foi observado que 63 dos cuidadores apresentaram baixo conflito coparental com média nesta subescala de 2,97 (DP=1,54). Esta condição esteve associada ao fato das crianças não frequentarem a escola, terem idades entre um e cinco anos e cuja posição na prole esteve entre quarto e sétimo filho. Quanto aos cuidadores, tiveram baixo conflito aqueles de meia idade (31 a 41 anos) ou maduros (42 a 55 anos), casados, com ensino médio, e salários entre dois a cinco salários (Tabela 2). Para os cuidadores com alto conflito coparental, aqueles que cuidavam de crianças que estudavam, com idades de seis a 12 anos, e cuja posição na prole foi até o terceiro filho. Quanto às características dos cuidadores, os jovens (20 a 30) e solteiros, que possuíam somente o ensino fundamental, com renda familiar de até dois salários mínimos, apresentaram alto conflito coparental (Tabela 2).

Discussão

Este estudo teve por objetivo descrever e analisar a coparentalidade de cuidadores principais de crianças com PC e possíveis correlações com suas condições sociodemográficas. Os dados aqui apresentados permitem ampliar o conhecimento sobre o tema, elucidando as dinâmicas intrafamiliares no que diz respeito às relações de divisão de cuidados neste público específico. Os resultados indicaram que as mães das crianças são de fato as principais cuidadoras, reforçando inúmeras pesquisas na área (Ferroni & Cia, 2014; Almeida, Ruedell, Nobre & Tavares, 2015; Ribeiro, Sousa, Vandenberghe, & Porto, 2016;). De forma semelhante, mostrou cuidadoras desempenhando principalmente funções domésticas e cuidando somente dos filhos e da família, dados que não diferem de estudos nacionais e internacionais sobre o tema (Cunha, 2016; Afonso, 2016; Almeida, Machado & Schlindwein-Zanini, 2016).

Quanto às crianças com PC, a maioria eram meninas, contrastando o apontado pelo Ministério da Saúde (2014) sobre a prevalência de crianças com PC do gênero masculino. Observou-se a predominância do nível V da GMFCS, implicando em limitações físicas graves

que comprometem a autonomia, dificulta o deslocamento, a linguagem, entre outros aspectos, acarretando aos cuidadores permanente e intensa prontidão (Ribeiro et al., 2016).

Com base na literatura (Baião, 2008; Sifuentes & Bosa, 2010; Azinheiro, 2012; Oliveira, 2014; Pedro & Ribeiro, 2015), partiu-se da hipótese que as relações coparentais sofrem influências das características pessoais e contextuais das pessoas envolvidas. Os dados confirmam esta hipótese, uma vez que cuidadores de meninas tiveram baixa coparentalidade, se comparados aos cuidadores dos meninos. Apesar dos dados encontrados na presente pesquisa não terem apontado diretamente correlação entre a subescala conflito e o gênero, esta associação esteve presente na subescala triangulação e o gênero feminino, mostrando que as meninas estariam sob uma forma velada de conflito coparental, com maiores probabilidades de risco desenvolvimental, pois de acordo com o que é pontado por Margolin et al. (2001), a triangulação seria a dimensão coparental que maiores prejuízos desenvolvimentais traria à criança. Por outro lado, ter encontrado alto nível de coparentalidade nas famílias de meninos, reforçam o que é apontado por Schmidt (2003), ao afirmar que os pais tenderiam a ser mais “engajados” em cuidar dos filhos homens, em tarefas específicas, como higiene íntima, por exemplo, em uma demonstração direta de identificação de gênero.

A baixa coparentalidade dos cuidadores foi associada ao fato das crianças não frequentarem a escola. É sabido que dentre as transições pela qual a criança passa, o início de sua inserção na vida escolar gera muita instabilidade na vida familiar, demandando na maioria das vezes, muita coordenação conjunta dos pais até a adaptação dos filhos ao novo contexto (Sturge-Apple, Davies & Cummings, 2012; Augustin & Frizzo, 2015). A não ida das crianças com PC à escola, em tese, limitou a coparentalidade dos cuidadores neste processo importante de partilha de responsabilidades, no qual certamente a coparentalidade se faria presente.

Um dado particular desta pesquisa corresponde à relação entre o nível GMFCS das crianças com PC e a coparentalidade de seus cuidadores. Esperava-se que as crianças com maiores limitações motoras (níveis IV e V), e com grau maior de dependência de seus cuidadores (Hiratura, Matsukura, & Pfeifer, 2010), dispusessem de maiores níveis de cooperação coparental. Entretanto, esta hipótese não se confirmou, pois, os dados encontraram maior nível de coparentalidade entre os cuidadores de crianças com menor comprometimento motor (níveis I, II e III). Estes dados reforçam os encontrados por Cunha (2016) em estudo com cuidadores de crianças com PC ao mostrar que crianças com alto comprometimento motor influenciaria diretamente na manifestação de elevado nível de estresse parental, em decorrência de diversos fatores, dentre eles, o desgaste emocional dos cuidadores, pois são crianças com histórico recorrente de internações hospitalares e totalmente dependentes de cuidados, assim como a existência de prejuízos financeiros ao sistema familiar.

Quanto às características dos cuidadores que influenciaram a sua coparentalidade, três fatores se destacaram: o estado civil, a religião e o tipo de família. Os dados mostraram que os cuidadores solteiros apresentaram baixos níveis de coparentalidade, resultados encontrados também por Oliveira (2014). Percebeu-se que, além de não disporem de um parceiro conjugal, estes cuidadores não dispunham de uma rede social de apoio ou suporte coparental. Foi observado que mesmo pertencendo ao tipo de família estendida, esta não lhes garantiu relações coparentais cooperativas, mesmo supondo que muitas pessoas coabitassem no mesmo contexto familiar.

Estes dados reforçam os de Brás (2009) que, dentre outras variáveis, investigou a coparentalidade em dois grupos, sendo um formado por famílias numerosas (mais de cinco membros) e outro por famílias não numerosas (mãe, pai e um filho). Seus resultados mostraram que a coparentalidade foi maior no segundo grupo, pois as díades coparentais tinham maior organização quanto ao tempo e apoio mútuo. Ao passo que nas famílias numerosas, as

dinâmicas individuais tornaram-se um empecilho para execução da coparentalidade, ficando sempre a mãe sozinha desempenhando este papel, uma vez que em geral esta abdica de sua rotina de trabalho ou estudo, para cuidar somente dos filhos.

Outro aspecto ligado à característica dos cuidadores diz respeito a sua orientação religiosa, perceberam-se diferenças na relação coparental, se comparados os dois tipos predominantes na amostra, onde os católicos mostraram-se com nível mais alto de coparentalidade se comparados aos que seguem a religião protestante. Esta relação também foi apontada em estudos anteriores (Brody, Stoneman & Flor, 1996; Mahoney, 2008; Ferreira, 2009; Boing, 2014), demonstrando a importância da orientação espiritual (estratégias de *coping*) sobre a adaptação a situações de elevado nível de estresse, como por exemplo, o momento de diagnóstico de alguma deficiência na prole, assim como em momentos de fragilidade emocional.

A influência da variável renda familiar mostrou-se relacionada à coparentalidade, uma vez que houve associação significativa entre maiores condições socioeconômicas das famílias, e níveis mais alto de coparentalidade, pois os pais que dispunham de renda familiar entre dois a cinco salários mínimos, tiveram maiores níveis de coparentalidade se comparados aos pais que sobreviviam com até dois salários. A literatura aponta (Mengelsdorf, Laxmann & Jesse, 2011; Boing, 2014) que famílias com maiores rendimentos, vivenciariam menores níveis de estresse, implicando em melhor qualidade nas relações familiares, dentre estas as coparentais. Ressalta-se que nas famílias com renda até dois salários mínimos, o conflito e a triangulação foram altos, o que pode estar relacionado à desajustes emocionais e comportamentos externalizantes nas crianças (Pedro & Ribeiro, 2015), uma vez que estas são expostas a desacordos, discussões, boicotes a uma das figuras parentais, sendo pressionadas a formar coalizões intergeracionais.

Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar a coparentalidade e variáveis sociodemográficas de cuidadores principais de crianças com paralisia cerebral, verificando possíveis correlações existentes entre estas variáveis. A observância destes dados permitiu identificar que de fato a ampla maioria de cuidadores com baixa coparentalidade conta pouco com seus parceiros coparentais, assim como são pessoas na maioria das vezes jovens, solteiras, pertencentes a famílias do tipo estendida, e de baixa renda. Em geral, cuidam de crianças do gênero feminino, com alta limitação motora e de maiores idades.

Com base na revisão da literatura, acredita-se que a exposição a estes fatores compromete não apenas a saúde física e emocional dos cuidadores como também o desenvolvimento infantil. Espera-se que estes dados possam servir para o fomento de intervenções centradas nestas famílias, visando à promoção de saúde e qualidade de vida destes grupos específicos, assim como o desenvolvimento de políticas públicas de atenção à saúde do cuidador.

As limitações desta pesquisa consistiram no pequeno número de participantes, ao fato da coparentalidade ter sido verificada com apenas um dos cuidadores, e das variáveis investigadas não analisarem a correlação entre coparentalidade e seus potenciais efeitos. Sugere-se desta forma que pesquisas futuras possam dar continuidades a estas investigações, preenchendo as lacunas aqui apresentadas, ajudando os pesquisadores e profissionais que atuam com este público a melhor compreender a importância das relações coparentais para o desenvolvimento humano.

Referências

Afonso, T. (2016). *Práticas de cuidado, redes de apoio e satisfação social de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

- Almeida, T. C.S., Ruedell, A. N., Nobre, J. R. S., & Tavares, K. O. (2015). Paralisia cerebral: impacto no cotidiano familiar. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19, 171-178. Recuperado em <http://periodicos.ufpb.br>.
- Almeida, G. M. F., Nunes, M. L., & Schlindwein-Zanini, R. (2016). Sleep disorders in children with cerebral palsy: systematic review. *Fiep Bulletin*, 86, 600 - 603. Recuperado em www.researchgate.net.
- Andrade, M. B., Vieira, S. S., & Dupas, G. (2010). Paralisia Cerebral: estudo sobre o enfrentamento familiar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15, 86-96. doi: S1415-27622011000100012.
- Augustin, D., & Frizzo, G. B. (2015). A coparentalidade ao longo do desenvolvimento dos filhos: estabilidade e mudança no 1º e 6º Ano de vida. *Interação Psicol*, 19, (1), 13-24. doi: 10.5380/psi.v19i1.29239.
- Azinhiero, L. (2012). *Coparentalidade e desenvolvimento de competências sócioemocionais em crianças do 1º ciclo do ensino básico* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Baião, C. F. (2008). *Aliança Parental e Estilos Parentais em Famílias com e sem crianças autistas* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Bussab, W. O., & Morettin, P. A. (2011). *Estatística Básica*. 6.ed., São Paulo: Editora Saraiva.
- Boing, E. (2014). *Relações entre coparentalidade, funcionamento familiar e estilos parentais em uma perspectiva intergeracional* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Brasil, Ministério da Saúde (2014). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brody, G. H., Stonernan, Z., & Flor, D. (1996). Parental religiousity, family processes and youth competence in rural, two-parent african american families. *Developmental Psychology, Michigan*, 32, p. 696-706. doi: 10.1037/0012-1649.32.4.696.
- Cunha, K. C. (2016). *Estresse e Resiliência em pais de crianças com Paralisia cerebral* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Fávero, L., Belfiore, P., Silva, F., & Chan, B. (2009). *Análise dos Dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsever
- Delvecchio, E., Sciandra, A., Finos, L., Mazzeschi, C., & Riso, D. D. (2015). The role of co-parenting alliance as a mediator between trait anxiety, family system maladjustment, and parenting stress in a sample of non-clinical Italian parents. *Frontiers in Psychology*, 6, 1177. doi: org/10.3389/fpsyg.2015.01177.
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: a framework for research and intervention. *Parenting, Science and Practice*, 3, 95-131. doi: 10.1207/S15327922PAR0302-01.

- Feinberg, M., & Kan, M. (2008). Establishing family foundations: Intervention effects on coparenting, parent/infant well-being, and parent-child relations. *Journal of Family Psychology*, 22, 253-263. doi: 10.1037/0893-3200.22.2.253.
- Ferroni, G.M., & Cia, F. (2014). Estado da arte em revistas educacionais sobre estudos feitos com famílias de crianças com necessidades educativas especiais no período de 2001 a 2011. *Revista Educação Especial*, 27(48), 201-218. doi: 10.5902/1984686X8361.
- Ferreira, M. R. A. C. (2009). *Geometria Social: um estudo sobre coparentalidade e resiliência em família portuguesas e imigrantes, de baixo nível socioeconômico* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gregorutti, C. C., & Omote, S. (2015). Relação entre inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral e estresse dos cuidadores familiares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(1), 136-149. doi: 10.15348/1980-6906.
- Hiratura, E., Matsukara, T. S., & Pfeifer, L. I. (2010). Adaptação transcultural para o Brasil do sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(6), 537-544. doi: 10.1590/S1413-35552010000600013.
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2016). Coparentalidade após a dissolução conjugal e saúde mental das crianças: uma revisão sistemática. *Jornal de Pediatria*, 46, 90-102. doi: 10.1016/j.jped.2015.09.011.
- Macedo, A. C., & Oliveira, L. C. (2015). Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social. *Revista Katáloco*, 18(1), 32-40. doi: 10.1590/1414-49802015000100004.
- Margolin, G. (1992). Marital conflict is not marital conflict. In R. de V. Peters and R. McMahon (Eds.), *Social learning and systems approaches to marriage and the family*, (pp.) 193-216. New York: Brunner/Mazel.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15, 3-21. doi: 10.1037/0893-3200.15.1.3.
- McHale, J. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: the roles of marital distress and child gender. *Development Psychological*, 31(6), 985-996. doi: 10.1037/0012-1649.31.6.985.
- Mahoney, A., Pargament, K. I, Tarakeshwar, N., & Swank, A. B. (2008). Religion in the Home in the 1980s and 1990s: a Meta-Analytic Review and Conceptual analysis of Links between Religion, Marriage, and Parenting. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 63-101. Recuperado em <http://psycnet.apa.org>.
- Mangelsdorf, S. C., Laxman, D. J, & Jessee, A. (2001). Coparentality in nuclear families with both parents, 39-59. In J. P. McHale, K. M. Lindahl. *Coparentality: A conceptual and clinical examination of family systems*, (pp.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Oliveira, A. L. B. (2014). *Coparentalidade em famílias com filhos portadores de deficiência* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora, Portugal.

- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E., & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39, 214-223. doi: 10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x.
- Pasinato, L., & Mosmann, C. P. (2016). Transição para a parentalidade e a coparentalidade: casais que os filhos ingressaram na escola ao término da licença-maternidade. *Avances em Psicologia Latinoamericana*, 34 (1), 129-142. doi: 10.12804/apl34.1.2016.09.
- Prati, L. E., & Koller, S. H. (2011). Relacionamento conjugal e transição para uma coparentalidade: Perspectiva da psicologia positiva. *Psicologia Clínica*, 23 (1), 103-118. doi: 10.1590/S0103-56652011000100007.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 4.ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramos, E. M. L. S., Almeida, S. S., & Araújo, A. R. (Orgs.) (2008). *Segurança Pública: Uma abordagem Estatística e Computacional*. Belém: Edufpa.
- Raposo, H., Figueiredo, B., Lamela, D., Nunes-Costa, R., Castro, M., & Prego, J. (2010). Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. *Psiquiatria Clínica*, 38, 29-33. doi 10.1590/S0101-60832011000100007.
- Ribeiro, M. F. M., Sousa, A. L. Vandenberghe, L., P., & Porto, C. C. (2016). Paralisia cerebral: faixa etária e gravidade do comprometimento do filho modificam o estresse e o enfrentamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3203-3212. doi: 10.1590/1413-812320152110.17352016.
- Ribeiro, M. F. M., Porto, C. C., & Vandenberghe, L., P. (2013). Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (6), 1705-1715. doi: 10.1590/S1413-81232013000600022.
- Rosa, J. M., Bloc Boris, G. D. J., Melo, A. K., & Santos, M. A. (2016). A construção dos papéis parentais em casais homoafetivos adotantes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36, 210-223. doi: 10.1590/1982-3703001132014.
- Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth N, Dan, B., Jacobson, B., Bax, M., & Goldstein, M. (2007). Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Development Medical Child Neurology*, 47, 571–576. doi: 10.1017/S001216220500112X.
- Russel, D. J., Rosenbaum, P.L., Avery, L.M., & Lane, M. (2011). Desenvolvimento e validação da GMFM-66. In D. J. Russel, P. L. Rosembaum, L. M. Avery, M., Lane. *Medida da função Motora Grossa [GMFM-66 & GMFM-88]-Manual do Usuário*, (pp. 30-45). São Paulo: Memmon.
- Silva, C. S. C. J. (2013). *Apoio social percebido e coparentalidade, em contexto de bairro social: um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Schmidt, C. (2008). *Coparentalidade em famílias de adolescentes com autismo e comportamento agressivo* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Sifuentes, M., & Bosa, C. A. (2010). Criando pré-escolares com autismo: características e desafios da coparentalidade. *Psicologia em Estudo*, 15, 477-485. doi: 10.1590/S1413-73722010000300005.
- Silva, S.S. da C., & Pontes, F. A. R. (2016). Rotina de Famílias de crianças com paralisia cerebral. *Educar em Revista*, 59, 65- 78. doi: 10.1590/0104-4060.44688.
- Souza, P. B. M., Ramos, M. S., Pontes, F. A. R., & Silva, S. S. C. (no prelo). Coparentalidade: um estudo de revisão sistemática de literatura.
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., Inverno, M. A., Cummings, E. M., & Schermerhorn, A. (2012). Interparental conflitos e adaptação escolar das crianças: O papel explicativo das representações internas das crianças de relacionamentos interparentais e pai-filho. *Developmental Psychology*, 44, 1678-1690.
- Strozier, A.L., Armstrong, M, Skuza, S, Cecil, D., & McHale, J. (2011). Coparenting in kinship families with incarcerated mothers: A qualitative study. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 92(1), 55-61. doi: 10.1606/1044-3894.4064.
- Waytes, S. (2012). Sleep problems in children with cerebral palsy and their relationship with maternal sleep and depression. *Acta Paediatrica*, 101, 301-309. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02603.x.

Estudo 3

Relações Coparentais e Auto-eficácia de Cuidadores de Crianças com Paralisia Cerebral

Resumo: A coparentalidade tem sido descrita como fundamental ao desenvolvimento saudável dos filhos, ao passo que crenças de auto-eficácia dos cuidadores predizem a eles qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi descrever e analisar os níveis de coparentalidade e auto-eficácia parental de 84 cuidadores de crianças com PC atendidas em um Centro de Referência em Belém-Pará-Brasil. Os instrumentos foram: Inventário Sociodemográfico (ISD), Escala GMFCS, Escala de Auto-eficácia, Coparenting Questionnaire-CQ. Os dados do ISD foram submetidos à estatística descritiva, e juntamente com o de auto-eficácia e coparentalidade submetidos à Análise de Correspondência. Os resultados do ISD mostraram que as mães são as cuidadoras principais das crianças com PC, sendo estas prioritariamente meninas, e avaliada no nível V na Escala GMFCS. Foram encontrados padrões baixos de coparentalidade e auto-eficácia em cuidadores jovens, cujos cuidados eram para meninas maiores de seis anos, sendo registrados focos de conflito coparental. O nível de auto-eficácia dos cuidadores foi mais elevado para situações que envolveram rotina de cuidados básicos e diários, como alimentar e higienizar, e menores para os que envolveram aspectos clínicos das crianças, como convulsões, e para os aspectos subjetivos dos filhos, como vê-los tristes. Quanto à correlação entre coparentalidade e auto-eficácia, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os seus escores gerais.

Palavras-chaves: Coparentalidade; Auto-eficácia; Paralisia Cerebral.

Abstract: Coparenting has been described as fundamental to the healthy development of children, while the self-efficacy beliefs of caregivers predict quality of life for them. The objective of this study was to relate the levels of coparenting and self-efficacy of 84 caregivers of children with CP attended at a Reference Center in Belém-Pará-Brazil. The instruments were: Sociodemographic Inventory (ISD), GMFCS Scale, Self-efficacy Scale, Coparenting Questionnaire-CQ. The ISD data were submitted to descriptive statistics, and together with the self-efficacy and coparenting submitted to Correspondence Analysis. The ISD results showed that mothers are the main caregivers of children with CP, these being primarily girls and evaluated at level V in the GMFCS Scale. Low patterns of coparenting and self-efficacy were found in young caregivers whose care was for girls over six years of age. Outbreaks of coparenting conflict were recorded. The level of self-efficacy of caregivers was higher for situations involving basic and daily care routines, such as food and sanitation, and lower for those involving clinical aspects of children, such as seizures, and for the subjective aspects of children, such as To see them sad. Regarding the correlation between coparenting and self-efficacy, no statistically significant associations were found among their general scores.

Keywords: Coparentality; Self-efficacy; Cerebral Palsy.

O sistema familiar constitui um contexto primordial de desenvolvimento dos indivíduos (Bronfenbrenner, 2011) emergindo a partir do momento em que marido e esposa assumem novos papéis diante do nascimento de um filho, estruturando o que Minuchin (1974) chama de subsistema parental. Ao se tornar pai e mãe, inevitavelmente, a mulher e o homem se

deparam com mudanças significativas em suas vidas, com a presença de realizações, mas também com desafios e problemas a serem enfrentados (Cervený & Berthoud, 2002). Dentre estes desafios, o nascimento de um filho com deficiência é um evento que se destaca, pois gera demandas específicas que serão enfrentadas de acordo com a estrutura e dinâmica da família, e características pessoais, pois cada sistema tende a reagir de modo diferenciado, independentemente do tipo de deficiência (Buscaglia, 1996). Dentre as reações mais comuns, mecanismos psicológicos de negação são lançados em virtude da idealização do filho perfeito, assim como podem ocorrer revolta, culpa e depressão (Franco, 2015).

Destacando-se dos diferentes tipos de diagnósticos que podem incidir sobre o desenvolvimento dos filhos, a paralisia cerebral (PC) caracteriza-se como a causa mais comum de deficiências que acomete as crianças (Ribeiro et al., 2016), fazendo parte de um grupo de distúrbios permanentes que afetam particularmente o desenvolvimento neuromotor, que embora não seja progressiva, compromete a postura e o movimento dos indivíduos que a possuem (Rosenbaum, 2003). As distúrbios motoras associadas a esta patologia são frequentemente acompanhadas por alterações sensoriais, cognitivas, perceptiva, de comunicação e de comportamento, o que acarreta adaptações por todo sistema familiar. De modo especial, as mães assumem o papel de cuidadoras principais, abdicando de sua rotina antes do nascimento dos filhos (Ribeiro, Vandenberghe, Prudente, Vila, & Porto, 2016).

Para McHale (2004) os cuidados podem ultrapassar os laços de consanguinidade, através das relações coparentais. Assim, a coparentalidade é entendida como o conjunto de tarefas que duas pessoas assumem ao cuidar de uma criança (Feinberg, 2003; Lindzey, Caldera, & Colwell, 2005), sendo a relação coparental um elemento fulcral sobre o desenvolvimento infantil (Pasinato & Mosman, 2016). A coparentalidade organiza-se de acordo com a forma como as figuras parentais se relacionam quanto aos níveis de cooperação na criação e educação da prole (Schoppe, Mangelsdoff, & Frosh, 2001). Dentre os vários modelos teóricos disponíveis

sobre a coparentalidade, o descrito por Margolin, Gordis e John (2001) organiza este conceito em três dimensões gerais: a cooperação, o conflito, e a triangulação. A primeira refere-se ao quanto a díade coparental se respeita, valoriza-se e apoia-se mutuamente, formando uma base sólida de segurança emocional aos filhos. O conflito reflete o quanto os pais discordam das questões acerca da criação dos filhos e hostilizam-se sobre estas situações especificamente, minando a imagem um do outro na presença da criança. Já a triangulação, é vista como uma forma velada de conflito acerca da criação dos filhos. Refere-se a uma coligação entre um dos cuidadores e a (s) criança (s) a fim de “anular” o outro cuidador, ferindo as fronteiras do sistema familiar.

No que diz respeito à coparentalidade em contextos de desenvolvimento atípico, alguns estudos já foram desenvolvidos (Amaral, 2009; Schmidt, 2008, Azinheiro, 2012; Oliveira, 2014). Schmidt (2008) buscou examinar as relações coparentais em famílias cujos filhos apresentavam diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista com idades entre 18 e 23 anos, com e sem ocorrência de comportamento agressivo. Os dados mostraram que a coparentalidade não se diferenciou em ambos os casos, mostrando que estas características dos filhos não implicaram em alterações nos padrões de coparentalidade encontrados, dados que foram reforçados em estudo posterior (Oliveira, 2014), mostrando que o padrão coparental sofre mais influência da relação conjugal dos pais, do que propriamente da ocorrência de uma deficiência na prole.

Estes estudos demonstram que a coparentalidade, que surgiu para compreender os impactos do divórcio conjugal sobre o desenvolvimento dos filhos (Lamela, 2016), também tem sido utilizada para compreender as dinâmicas familiares, em contextos específicos como os acima descritos. Doravante às relações estabelecidas entre os pares coparentais, observa-se a ocorrência de esforços individuais para dar conta das demandas específicas de cada situação. Dentre estes conceitos, a auto-eficácia tem sido investigada com vistas a compreender o

comportamento dos cuidadores de crianças com desenvolvimento atípico quanto às competências relacionadas aos cuidados ou competência parentais (Costa, 2010; Ferreira et al., 2014).

De acordo com o conceito de Bandura (1977) auto-eficácia refere-se ao desenvolvimento de um senso de propriedades ou capacidades peculiares ao sujeito, que resulta no domínio de uma situação específica podendo provocar um resultado desejado. Existem diferenças entre os dois componentes de auto-eficácia, sendo o primeiro uma expectativa de eficácia, e o segundo uma expectativa de resultados (Hall, Lindzey, & Campbell, 2000). Uma expectativa de resultados refere-se à crença da pessoa de que um dado comportamento levará a um resultado específico, enquanto que uma expectativa de eficácia é a convicção de que a própria pessoa é capaz de um comportamento necessário para gerar um resultado.

Um aspecto importante refere-se ao fato de que a compreensão do conceito de auto-eficácia coaduna-se com o de idealização prospectiva, visando em primeiro plano, objetivos específicos (Schunk & Gunn, 1986). Assim, o sentido de auto-eficácia tem um constructo motivacional, alicerçando-se na percepção pessoal de competência (Tschannen-Moran, Hoy, & Hoy, 1998). Pajares (1997) defende a ideia de que as crenças de auto-eficácia determinam o nível de esforço despendido por uma pessoa em uma atividade específica, o tempo dedicado à realização desta atividade e o nível de resiliência evidenciado no confronto de situações adversas quando da realização da tarefa.

Dessa forma, este conceito tem sido transposto para o campo das relações familiares para referir o grau de confiabilidade que os pais têm em suas competências parentais (Ramos, 2016). Tem sido sugerido que o senso de auto-eficácia parental, está correlacionado ao quanto estes pais se sentem capazes de realizar tarefas parentais com sucesso (Hastings & Brown, 2002), e têm sido relacionados a melhoria de sua saúde física e mental (Beach, Schulz, Yee, & Jackson, 2000). A auto-eficácia parental está ligada ao sentimento de controle sobre as próprias

capacidades parentais de obter um desempenho satisfatório na função de pai e mãe, com a peculiaridade deste papel ter uma dimensão afetiva muito significativa, influenciando a auto percepção nestas funções (Brites & Nunes, 2010).

Schmidt e Bosa (2007) em um estudo com casais de classe média, objetivaram investigar o nível de estresse e auto-eficácia de mães de crianças com TEA. Participaram trinta mães com idades entre 30 e 56 anos. Os dados mostraram que os movimentos estereotipados dos filhos, a quantidade de tempo gasto em alguma atividade desenvolvida com os mesmos, e a fixação por padrões regulares de rotinas, foram os comportamentos que as mães mais se sentiram auto-eficazes, sendo os mais difíceis, as dificuldades apresentadas pelos filhos de fixarem o olhar durante as interações com seus pares.

Apesar de existentes, os estudos que investigam relações em famílias de crianças com deficiência ainda são poucos na realidade brasileira, principalmente aqueles que investigam conjuntamente os padrões coparentais e de auto-eficácia em famílias de crianças com PC. Partindo-se da hipótese de que cuidadores de crianças com PC com níveis baixos de coparentalidade têm baixos níveis de auto-eficácia nos cuidados aos seus filhos, objetivou-se descrever e analisar os níveis de coparentalidade e auto-eficácia parental de cuidadores de crianças com PC, observando para quais comportamentos parentais percebem-se com maior auto-eficácia.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 84 cuidadores principais de crianças entre zero e 12 anos com diagnóstico de PC atendidas em um Centro de Referência especializado nas áreas de crescimento e desenvolvimento infantil em Belém-Pará-Brasil.

Instrumento e Materiais

Prontuário clínico das crianças com PC.

Este material foi fornecido pelo Centro de Referência, e continha informações necessárias para que as crianças com PC e seus cuidadores fossem localizados.

Inventário Sociodemográfico (ISD).

Instrumento construído pelo Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento – LED do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da UFPA, e continha questões relativas aos dados sociodemográficos (gênero, idade, escolaridade, renda familiar, religião, dos participantes, causa da PC, nº de filhos, entre outros).

Gross Motor Function Classification System (GMFCS).

Avalia a criança em cinco níveis (I, II, III, IV e V) de acordo com a idade considerando o que esta consegue realizar em termos da função motora grossa. No nível I a crianças consegue mover-se sem restrições; no nível II, anda sem auxílio de aparelhos e muletas, tem limitações para andar fora de casa e na comunidade, no nível III a criança consegue andar com auxílio de andadores ou muletas, tem dificuldades para andar fora de casa e na comunidade, no nível IV, anda com auxílio externo, com limitações e necessita de cadeira de rodas para andar fora de casa e na comunidade, e apresenta atividades manuais limitadas, e no nível V a mobilidade é gravemente limitada, mesmo com aparelho e adaptações, necessitando de assistência total (Palisano et al., 2007).

Coparenting Questionnaire (CQ).

Este instrumento consistiu em uma escala *likert* de cinco pontos contendo 14 itens que avaliaram a coparentalidade em função de três subescalas: cooperação (itens 1-5), triangulação (itens 6-9) e conflito (itens 10-14), com respostas que são pontuadas da seguinte forma: 1 para a resposta *nunca*, 2 para *raramente*, 3 *às vezes*, 4 *normalmente* e 5 *sempre*. Este instrumento

apresenta boa consistência interna com valores de alfa de Cronbach variando de .69 a .87 (Margolin, et al., 2001).

Escala de auto-eficácia.

Originalmente utilizada para avaliar o comportamento de auto-eficácia de cuidadores de crianças com TEA (Schmidt, 2008), foi adaptada neste estudo para avaliar estes comportamentos em cuidadores de crianças com PC. Composta por 15 itens referentes a situações envolvendo cuidados aos filhos, e para os quais se sentiriam mais confiantes (convulsão, ficar triste, alimentar, outros), sendo pontuados através de uma escala likert de seis pontos. As respostas estão dispostas na escala da seguinte maneira: nada confiante (0 ponto), *levemente confiante* (1 ponto), *um pouco confiante* (2 pontos), *moderadamente confiante* (3 pontos), *muito confiante* (4 pontos) e *completamente confiante* (5 pontos), sendo que quanto maior for a pontuação, maior o sentimento de auto-eficácia.

Procedimentos Éticos, de Coleta e de Análise dos Dados.

O projeto foi submetido à comissão de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará-ICS, com parecer favorável (473.140). No Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) foram apresentados os propósitos da pesquisa, conforme previsto na Resolução nº. 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, garantindo aos participantes da pesquisa a confidencialidade das informações e o direito ao acesso dos resultados.

Os cuidadores e as crianças foram localizados e identificados a partir da consulta aos prontuários clínicos infantis. Após o levantamento do número de crianças com PC que se enquadravam nos critérios escolhidos (ter até doze anos de idade e não apresentar qualquer tipo de alteração genética e/ou Transtorno do Espectro Autista- TEA), os participantes foram abordados e entrevistados na sala de espera nos dias em que as crianças possuíam atendimentos agendados. Nesta abordagem, eram-lhes feitas explicações acerca da pesquisa e realizado o

convite a participar. Mediante o aceite, o TCLE fora assinado, e os instrumentos aplicados na seguinte sequência: 1º) ISD; 2º) GMFCS; 3º) CQ; e 4º) Escala de Auto-Eficácia. A aplicação da GMFCS foi realizada por uma fisioterapeuta componente da equipe de pesquisa. A duração média de aplicação desses instrumentos foi de 45 minutos.

Os dados do ISD e GMFCS foram inseridos na base de dados de SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0 para realização de análise estatística descritiva. Os dados de coparentalidade e auto-eficácia foram submetidos a Técnica de Análise de Correspondência (ANCOR) com o auxílio do aplicativo *Statistica*, versão 6.0.

A ANCOR é uma técnica estatística exploratória utilizada para verificar associações ou similaridades entre variáveis qualitativas ou variáveis contínuas categorizadas, e sua principal característica é redução de dados a serem analisados pelo pesquisador com perda mínima de informações (Fávero, 2009). Pestana e Gageiro (2005) recomendam que seja realizado o teste qui-quadrado (χ^2) para verificar a existência de dependência entre as variáveis em estudo. As hipóteses testadas são H_0 : as variáveis são independentes e H_1 : as variáveis são dependentes.

De acordo com Ramos et al. (2008), quando utilizada a análise de correspondência simples, as associações são propagadas em um plano bidimensional, logo, a soma do percentual de inércia das dimensões 1 e 2 deve ser igual ou superior a 70% para que os resultados sejam válidos. Para saber qual é a probabilidade de uma categoria de variável estar associada com outra foi necessário calcular o coeficiente de confiança (γ). As associações entre as categorias são consideradas significativas, quando o valor do coeficiente de confiança indica probabilidades moderadamente significativas, isto é, quando $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$, ou, quando o valor do coeficiente de confiança indica probabilidades fortemente significativas, isto é, quando $(\gamma) \geq 70,00\%$.

Para aplicação da ANCOR foram considerados dois grupos, baseados na Teoria dos Percentis Amostrais (Bussab & Morettin, 2011), isto é, o primeiro grupo com escores de 0 a 75%, denominado de grupo com baixa coparentalidade e baixa auto-eficácia, e o segundo grupo com escores de 75 a 100%, com níveis altos de coparentalidade e auto-eficácia. No Índice Geral os valores positivos dos coeficientes das variáveis (índices), indicam que quanto maior for o valor do escore obtido, maior é a sua coparentalidade e auto-eficácia. Em todos os testes, fixou-se $\alpha = 5\%$ ($p \leq 0,05$) para rejeição da hipótese nula.

Resultados

Características Sociodemográficas dos Participantes

Dos 84 cuidadores principais, 88,1% eram as mães das crianças, com média de idade de 32,93 anos (DP=8,5), predominantemente paraenses e casadas (73,80%), e moradores do interior do estado (54,76%). A escolaridade predominante foi o ensino médio (64,2%). Para o item, ocupação principal, 79,8% declararam-se “do lar”. As religiões predominantes foram a católica (49%) e protestante (34%). O pai da criança apareceu como cuidador secundário em 40,5% das famílias, sendo a avó materna citada como terceira cuidadora principal em 19% dos casos.

Com relação às crianças com PC, 53,6% eram meninas. Quanto à posição na prole, 83,3% constituíam-se até o terceiro filho. A média de idade das crianças foi de 6,06 anos (DP=2,9). Metade frequentava a escola regular, grande parte na educação infantil (32,1%), e 84,52% recebem algum tipo de benefício social. A distribuição dos níveis da escala GMFCS ficou da seguinte forma: Nível I (8,3%); Nível II (9,5%); Nível III (15,5%); Nível IV (20,2%) e Nível V (46,4%).

Quanto ao tipo de família, a amostra foi caracterizada por 57,1% de famílias nucleares; 26,2% por famílias estendidas; e 16,7% por outros grupos familiares. A renda familiar predominante foi de até dois salários mínimos (79,7%), seguido daquelas que viviam

com até cinco salários (20,3%). Se perguntados se houve vivência de separação conjugal, 32,1% afirmou que sim, ocorrido após o diagnóstico em 14,42% dos casos.

Dados de Coparentalidade

A coparentalidade foi classificada em dois grupos, sendo considerados com baixo nível de coparentalidade os indivíduos cujos escores estiveram situados entre os valores 5,05 e 12,25 (0 a 75%); e alto nível de coparentalidade aqueles com escores entre 12,26 e 15,88. A média geral de coparentalidade obtida na amostra de cuidadores de crianças com PC foi de 10,75 (DP=2,52), o que classificou 65 de cuidadores possuindo baixo nível de coparentalidade.

Observou-se que o baixo nível de coparentalidade esteve associado o gênero feminino das crianças, o fato de não frequentarem a escola, terem idades compreendidas entre seis a 12 anos, e avaliadas nos níveis GMFCS IV e V. Quanto aos cuidadores, os solteiros, jovens, de religião protestante, e pertencentes ao tipo de família estendida, com rendas até dois salários mínimos tiveram baixa coparentalidade. Com relação às subescalas, altos níveis de conflito e triangulação estiveram correlacionados com o nível baixo de coparentalidade (Tabela 1).

Para os demais cuidadores que apresentaram alto nível de coparentalidade, observou-se correlação estatisticamente significativa com o gênero masculino da criança, com idades entre um a cinco anos, cuja avaliação GMFCS indicou os três primeiros níveis, e ao fato destas estudarem. A coparentalidade alta também esteve associada aos cuidadores casados, de religião católica, com rendas familiares entre dois a cinco salários mínimos, e pertencentes ao tipo de família nuclear. Com relação às subescalas foram observadas associações entre a alta coparentalidade com baixos níveis de conflito e triangulação (Tabela 1).

Dados da Auto-eficácia

Os dados da Tabela 1 descrevem as médias de auto-eficácia obtidas pelos cuidadores diante de itens referentes a: a) aspectos subjetivos do comportamento das crianças (agitação,

tristeza, não interação, irritabilidade, choro excessivo); b) aspectos clínicos do desenvolvimento da criança (ficar doente, dificuldade na alimentação, dificuldade da criança para dormir à noite, quando a criança tem espasmos em casa e em público, quando a criança tem convulsões); e c) comportamentos de rotina de cuidados (sair sozinho(a), fazer higiene, alimentar, ficar sozinho(a) com o filho em casa).

Observaram-se diferenças nas médias de auto-eficácia dos cuidadores. O item referente a ficar sozinho (a) em casa com a criança, obteve a maior média (M=4,01), indicando que para esta situação os cuidadores apresentaram maior auto-eficácia, seguido pelos comportamentos de cuidado básicos como higienizar os filhos (M=4,12) e alimentá-los (M=4,010). As menores médias de auto-eficácia foram obtidas para situações que envolveram ocorrência de convulsão (M=1,89) e espasmos (M=2,63 e 2,69). As demais médias e respectivos comportamentos a que se referem podem ser verificadas na Tabela 1:

Tabela 1.

Média e desvio padrão da escala de auto-eficácia.

Comportamentos	Média	Desvio Padrão
1.Quando seu filho fica agitado para se comunicar	3, 20	1, 38
2.Quando seu filho fica doente	3, 24	1, 51
3.Quando você tem que alimentar seu filho	4, 01	1, 30
4.Quando tem que sair sozinha com o seu filho	3, 87	1, 48
5.Quando você tem que higienizar seu filho	4, 12	1, 29
6.Quando tem que ficar sozinha em casa com seu filho	4, 26	1, 23
7.Quando seu filho tem espasmos em casa	2, 65	1, 63
8.Quando seu filho tem espasmos em público	2, 69	1, 75
9.Quando seu filho chora em excesso em casa	2, 99	1, 63
10.Quando seu filho chora em excesso em público	2, 92	1, 79
11.Quando seu filho fica triste	2, 80	1, 64
12.Quando seu filho tem convulsão	<u>1, 89</u>	1, 67

13.Quando seu filho não consegue dormir à noite	2, 86	1, 83
14.Quando seu filho não interage com outras pessoas	2, 71	1, 73
15.Quando seu filho se mostra irritado	3, 11	1, 67

A partir da técnica ANCOR, a auto-eficácia dos cuidadores foi dividida em dois grupos, onde foi considerado com baixo nível de auto-eficácia os indivíduos com escores situados entre 2,73 e 10,93, e alto nível de auto-eficácia aqueles com escores situados entre 10,94 e 13,67. A média geral obtida pelos cuidadores deste estudo na escala de auto-eficácia foi de 8,57 (DP=2,80), o que classificou 63 cuidadores possuindo baixa auto-eficácia.

Baixo nível de auto-eficácia foi percebido nos cuidadores de crianças do gênero feminino, àquelas que estudam, e tiveram a idade situada entre seis a 12 anos. No que tange aos cuidadores, os jovens, pertencentes à família nuclear, com renda familiar de um a dois salários mínimos, e que seguem a religião católica apresentaram baixa auto-eficácia.

Os cuidadores de meninos entre um e cinco anos, que não frequentavam escola, assim cuidadores maduros (45 a 55 anos), pertencentes às famílias estendidas, com renda familiar entre dois a cinco salários mínimos, e seguiram a religião protestante, tiveram níveis altos de auto-eficácia. Todas as correlações podem ser observadas na Tabela 2:

Tabela 2.

Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), resultantes da ANCOR.

Variável	Categoria	Auto-Eficácia	
		Baixa	Alta
Gênero da Criança	Feminino	1,34(82,03)*	-2,32(0,00)
	Masculino	-1,44(0,00)	2,50(98,74)*
Criança Frequenta Escola	Sim	1,54(87,72)*	-2,67(0,00)
	Não	-1,54(0,00)	2,67(99,25)*
Fase da vida do cuidador	Jovem	1,68(90,66)*	-2,91(0,00)
	Meia idade	-0,19(0,00)	0,33(26,11)
	Maduro	-2,67(0,00)	4,63(100,00)*
Religião	Protestante	-1,54(0,00)	1,78(92,53)*
	Católicos	0,85(60,39)	-1,47(0,00)

Renda familiar	1-2 salários	1,46(85,44)**	-2,52(0,00)
	2-5 salários	-3,00(0,00)	5,20(100,00)*
Tipo de Família	Estendida	-1,33(0,00)	2,31(97,91)*
	Nuclear	1,15(75,18)*	-2,00(0,00)
Idade da Criança	1-5 anos	-2,78 (0,00)	4,81(100,00)*
	6-12anos	2,78(99,45)*	-4,81(0,00)

Nota. **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$. *Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$.

Correlação entre Auto-eficácia e Coparentalidade

Não foi observada correlação estatisticamente significativa entre os escores gerais de auto-eficácia e coparentalidade ($p=0,131$). Dessa forma, partiu-se para a correlação existente entre auto-eficácia dos cuidadores e os fatores de coparentalidade. Observou-se que o baixo nível de auto-eficácia esteve associado ao alto nível de conflito e baixo nível de cooperação. Enquanto que, o alto nível de auto-eficácia esteve estatisticamente associado à alta triangulação, baixo conflito e alta cooperação, conforme observado na Tabela 3.

Tabela 3.

Resíduos e Níveis de Confiança- γ (entre parênteses), resultantes da aplicação da Técnica de ANCOR entre os fatores de coparentalidade e auto-eficácia.

Variável	Categoria	Cooperação		Triangulação		Conflito	
		Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixo	Alto
Auto-Eficácia	Baixa	2,39(98,33)*	-4,15(0,00)	0,64(47,79)	-1,11 (0,00)	-0,63(0,00)	1,09(72,48)*
	Alta	-4,15(0,00)	7,18(100,00)*	-1,04(0,00)	1,81(92,90)*	1,09(72,48)*	-1,89(0,00)

Nota. **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$. *Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$.

Discussão

Os cuidadores de crianças com deficiência organizam suas vidas em função da prestação de cuidados, que se tratando de uma criança com PC, podem ser permanentes (Ramos, 2016). Os dados sociodemográficos dos participantes, mostraram que em sua grande maioria,

as mães exercem a função de cuidadora principal, abdicando, sobretudo das atividades profissionais que desempenhavam antes do nascimento dos filhos, reforçando resultados de pesquisas semelhantes (Schmidt & Bosa, 2007; Tabaguin, Vieira, Razera, & Ciasca, 2015; Ramos, 2016).

Os dados das avaliações da Escala GMFCS constataram que as crianças apresentavam sérias limitações motoras e funcionais, necessitando de cuidados em tempo integral, o que possivelmente demandaria destes cuidadores maiores recursos físicos, emocionais e cognitivos por um tempo indeterminado, causando-lhes intensa sobrecarga nessas áreas (Ramos, 2016).

Considerando que as atividades de cuidados a uma criança devem ser minimamente compartilhadas por duas pessoas (Feinberg, 2003), para os cuidadores principais do presente estudo, o pai apareceu como figura coparental secundária nas famílias, com a avó materna sendo citada como terceira maior cuidadora (19%). Estes dados não se distanciam dos poucos estudos existentes sobre coparentalidade em famílias de crianças com desenvolvimento atípico (Schmidt, 2004; Sifuentes & Bosa, 2010; Azinheiro, 2012; Oliveira, 2014; Silva & Dessen, 2014), em que o pai foi referenciado neste papel, principalmente porque a grande maioria desses estudos foram desenvolvidos em família nucleares.

Apesar de representarem aspectos distintos dentro das famílias, e entre os cuidadores, tanto as relações coparentais quanto a auto-eficácia apresentados pela maioria dos cuidadores primários das crianças com PC deste estudo, tiveram níveis baixos, e estiveram significativamente correlacionados as suas características pessoais, e de seus contextos, coadunando com a concepção bioecológica de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979/2002).

Dentre as características dos cuidadores que mais influenciaram sua baixa coparentalidade e crença de auto-eficácia parental, estiveram o fato de serem solteiros, pertencerem às famílias estendidas, e proferirem a religião protestante, assim como cuidar de

meninas, com idades superior a seis anos, corroborando pesquisas anteriores (Silva, 2013; Lamela, Figueiredo, & Bastos, 2013; Einsfeld & Mosmann, 2014; Silva & Mosmann, 2014; Oliveira, 2014; Venâncio, 2015; Augustin & Frizzo, 2015; Tabaquim, Vieira, Razerra, & Ciasca, 2015; Ramos, 2016).

Esperava-se que os cuidadores com baixa coparentalidade apresentassem baixa percepção de auto-eficácia, sendo esta hipótese confirmada pela forte correlação entre a baixa cooperação e o alto conflito coparental, e a baixa auto-eficácia dos cuidadores. De acordo com o que foi preconizado por Bandura (1977), dentre os aspectos que influenciam diretamente a percepção de auto-eficácia das pessoas estão seus estados emocionais e fisiológicos, logo, a baixa coparentalidade percebida pelos cuidadores do presente estudo pode ter influenciado suas baixas percepções acerca de suas crenças de auto-eficácia parental, uma vez que vivenciam solitariamente os cuidados aos filhos com PC o que representa uma intensa sobrecarga física e emocional.

Quanto aos aspectos para os quais os cuidadores perceberam-se mais auto-eficazes, estão os relacionados à rotina diária das crianças, como alimentá-las, dar-lhes banho e sair com elas, por exemplo. Tal percepção positiva na execução destas tarefas pode ser justificada pelo tempo exclusivo dedicado pelos cuidadores no desempenho destas atividades, configurando o que expõe Bandura (1977) sobre as experiências de um domínio pessoal de desempenho. Por outro lado, acreditar ser bem-sucedido na execução de uma determinada tarefa, referido pelo autor como expectativa de eficácia, é um importante regulador dos estados cognitivos e emocionais.

Os níveis de auto-eficácia dos cuidadores estiveram baixos no que se refere aos aspectos subjetivos, como ver os filhos tristes, por exemplo, e clínicos como presenciar a ocorrência de convulsões e espasticidade, complicações decorrentes da PC (Bax et al., 2005). Nos dois casos é evidente a necessidade do controle emocional dos pais. No entanto as

demandas clínicas implicam que os cuidadores tenham condições de manejo amparadas em conhecimentos esclarecimentos mínimos destas situações, descrito na literatura como Literacia em Saúde (Berkman, Davis & McCormack, 2010). Neste aspecto em particular, outra característica dos cuidadores refere-se à baixa escolaridade, que em alguns casos pode estar associada ao conhecimento limitado acerca da alteração desenvolvimental dos filhos, suas prováveis causas e decorrências.

No que tange a se sentirem auto-eficazes diante da tristeza dos filhos, os dados reforçam resultados publicados em pesquisa anterior (Ferreira, Monteiro, Fernandes, Cardoso, Veríssimo, & Santos, 2014) que apresentou pais e mães sentindo-se menos auto-eficazes diante de demandas específicas como esta, descritas na literatura como responsividade empática (Guillamón, Nieto, & Pousada, 2013; Ferreira et al., 2014). No que diz respeito a análise feita sobre a ocorrência deste fato nos cuidadores desta pesquisa, volta-se o olhar para as características motoras infantis registradas, cuja avaliação predominante no nível V da escala GMFCS, implica em graves limitações, dentre as quais se destacam as dificuldades comunicacionais com seus cuidadores.

Considerações Finais

O presente estudo teve por objetivo descrever e analisar a coparentalidade e auto-eficácia parental de cuidadores de crianças com paralisia cerebral, apontado quais cuidados parentais percebem-se com maior auto-eficácia parental. De forma geral, os dados não mostraram correlação estatisticamente significativa entre os índices gerais de coparentalidade e auto-eficácia, porém, associações significativas foram encontradas entre as dimensões (cooperação, conflito e triangulação) da coparentalidade e a auto-eficácia dos cuidadores.

Em termos gerais os dados mostraram cuidadores com baixo nível de coparentalidade e de auto-eficácia. Entretanto, a análise mais detalhada das respostas aos instrumentos revelou os comportamentos infantis diante dos quais os pais se sentem mais ou menos eficazes. Neste

sentido, estas informações são importantes na medida em que indicam aspectos que precisam ser considerados em um processo de intervenção. Acredita-se que ações junto às famílias podem contribuir com a construção positiva de coparentalidade e crenças de auto-eficácia parental nos cuidadores de crianças com PC.

Destacam-se como limitações deste estudo o número pequeno de participantes assim como o fato do trabalho ter sido realizado em apenas um centro de atendimento infantil. Pesquisas futuras podem ampliar esta investigação ouvindo um número maior de participantes, e que sejam realizadas em diferentes centros especializados. Por fim, espera-se que estes dados possam trazer benefícios no que diz respeito à atenção e organização dos Serviços de atendimento a criança e a seus cuidadores.

Referências

- Almeida, T., & Sampaio, F. M. (2009). Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde & Doença*, 8, 145-51. Recuperado em <http://www.scielo.mec.pt>.
- Amaral, C. E. S. (2009). *O reconhecimento dos pais sobre a sexualidade dos filhos adolescentes com autismo e sua relação com a coparentalidade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Augustin, D., & Frizzo, G. B. (2015). A coparentalidade ao longo do desenvolvimento dos filhos: estabilidade e mudança no 1º e 6º ano de vida. *Interação Psicológica*, 19, 13-24. doi: 10.5380/psi.v19i1.29239.
- Azinheiro, L. (2012). *Coparentalidade e desenvolvimento de competências sócioemocionais em crianças do 1º ciclo do ensino básico* (Dissertação de mestrado). Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barnes, H. L., & Olson, D. H. (1985). Parent–adolescent communication and the Circumplex Model. *Child Development*, 56, 438–447. doi: 10.2307/1129732.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., & Paneth, N. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 571-576. doi: 10.1111/j.1469-8749.2005.tb01195.x.
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology Aging*, 15, 259-271. doi: 10.1037//0882-7974.15.2.259.

- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, G. (2010). Health Literacy: what is it? *Journal Commun Health*, 15, 9-19. doi: 10.1080 / 10810730.2010.499985.
- Brites, R., & Nunes, O. (2012). “Autoestima parental e estilos parentais: importância para a prevenção primária à saúde da família”. *Psicologia e Saúde*, 27, 349-357.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. (A. Carvalho-Barreto, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2005).
- Buscaglia, L. (1996). *Os Deficientes e seus Pais*. Rio de Janeiro: Record.
- Bussab, W. O., & Morettin, P. A. (2011). *Estatística Básica*. 6.ed., São Paulo: Editora Saraiva.
- Cervený, C. M. O., & Berthoud, C. M. E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, A. R. R.J. (2010). *Auto-eficácia e sobrecarga nos prestadores de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde* (Tese de Doutorado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Einsfeld, P. & Mosmann, C. (2014). *Conjugalidade, coparentalidade e parentalidade: repercussões em sintomas internalizantes e externalizantes de crianças e adolescentes*. XXVI Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Fávero, L., Belfiore, P., Silva, F., & Chan, B. (2009). *Análise dos Dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Feinberg, M. E. (2003). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 173-195. doi: 10.1023/A:1019695015110.
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M., & Santos, A. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 2, 145-156. doi: 10.14417/ap.854.
- Franco, V. (2015). *Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da Criança com a família, na comunidade, em equipe*. Porto: Edições Aloendro.
- Frizzo, G. B., Kreutz, C., Schmidt, C., Piccinini, C. A., & Bosa, C. A. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para pesquisa e a clínica. *Revista Brasileira de crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15, 84-94. Recuperado em <http://pepsic.bvsalud.org>.
- Georgas, J. (2006). Families and family change. In J. Georgas, J. W. Berry, F. J. R. V. Vijver, Ç. Kagitçibasi, & Y. H. Poortinga, *Families across culture a 30-nation psychological study*, (pp.3-50). Cambridge: Cambridge University Press.
- Guillamón, N., Nieto, R., Pousada, M. et al. (2013). Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: the influence of self-efficacy and coping strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1579–1590. doi: 10.1111.12124.

- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal of Mental Retardation*, 107, 222–232. doi: 10.1352/0895-8017(2002)107<0222:BPOCWA>2.0.CO;2.
- Lamela, D., Nunes-Costa, R. & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 15, 205-216. doi: 10.1590/S010279722010000300017.
- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Feinberg, M. (2014). Post-divorce coparenting profiles and parents' well-being, parenting, family functioning, and children's psychological adjustment. Submitted.
- Lindsey, E. W., Caldera, Y., & Colwell, M. (2005). Correlates of coparenting during infancy. *Family Relations*, 3, 346-359. Recuperado em <https://www.jstor.org>.
- Margolin, G. (1992). Marital conflict is not marital conflict. In R. de V. Peters and R. McMahon (Eds.), *Social learning and systems approaches to marriage and the family*, (pp. 193-216). New York: Brunner/Mazel.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15, 3–21. doi: 10.1037/0893-3200.15.1.3.
- McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., & Rao, N. (2004). Growing points for coparenting theory and research. *Journal of Adult Development*, 11, 221-234. doi: 10.1023/B:JADE.0000035629.29960.ed.
- Minuchin, P. (1974). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289–302. doi: 10.2307/1129720.
- Oliveira, A. L. B. (2014). *Coparentalidade em famílias com filhos portadores de deficiência* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Pajares, F. (1997). Self-efficacy beliefs in achievement settings. *Review of Educational Research*, 66, 543-578. doi: 10.3102/00346543066004543.
- Palisano, R., Rosembaum, P., Walter, S., Russell, D., Madeira, E., & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Development Medicine Child Neurology*, 39 (4), 214-23. doi: 10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 4. ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Differences between Caregivers and Non-Caregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267. doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250.

- Ramos, E. M. L. S., Almeida, S. S. & Araújo, A. R. (Eds.) (2008). *Segurança Pública: Uma abordagem Estatística e Computacional*. Belém: Edufpa.
- Ramos, F. R. F. (2016). *O impacto da partilha social, da auto-eficácia e da literacia em saúde no bem-estar dos cuidadores de crianças e jovens com paralisia cerebral* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Rosenbaum, P. (2003). A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x.
- Russel, D. J, Rosenbaum, P.L, Avery, L.M, & Lane, M. (2006). Desenvolvimento e validação da GMFM-66. In. D. J. Russe, P. L. Rosenbaum, L. M. Avery, & M, Lane. *Medida da função Motora Grossa [GMFM-66 & GMFM-88] Manual do Usuário*, (pp. 30-45). São Paulo: Memmon.
- Schmidt, C. (2004). *Estresse, auto-eficácia e o contexto de adaptação familiar à enfermidade crônica de mães de portadores de transtornos globais do desenvolvimento* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2007). Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59, 179-191. Recuperado em <http://seer.psicologia.ufrj.br>.
- Sifuentes, M. & Bosa, C. A. (2010). Criando pré-escolares com autismo: características e desafios da coparentalidade. *Psicologia em Estudo*, 15, 477-485. doi: I: 10.1590/S1413-73722010000300005.
- Silva, C. S. C. J. (2013). *Apoio social percebido e coparentalidade, em contexto de bairro social: um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Silva, A. G. M., & Mosmann, C. (2014). *Coparentalidade: Associações com sintomas externalizantes e internalizantes dos filhos*. XXVI Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Schoppe, S. J., Mangelsdorf, S. C., & Frosch, C. A. (2001). Coparenting, family process, and family structure: implications for preschoolers' externalizing behavior problems. *Journal Family Psychology*, 15, 526-45. doi: 10.1037/0893-3200.15.3.526.
- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism*, 6, 271-286. doi: : 10.1177/1362361302006003005.
- Schunk, D. H., & Gunn, T. P. (1986). Self-efficacy and skill development: Influence of task strategies and attributions. *Journal of Educational Research*, 79, 238-244. doi: 10.1080/00220671.1986.10885684.
- Tabaquin, M. L. M., Vieira, R. G. S., & Ciasca, S. M. (2015). Auto-eficácia de cuidadores de crianças com o transtorno do espectro autista. *Revista Psicopedagogia*, 32, 285-292. Recuperado em <http://pepsic.bvsalud.org>.

- Tschannen-Moran, M., & Hoy, W. K. (1998). Trust in schools: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Educational Administration*, 36, 334-352. doi: 10.1108/09578239810211518.
- Venâncio, A. B. (2015). *Envolvimento paterno, coparentalidade e equilíbrio trabalho-família: um estudo correlacional* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21, 181-186. doi: 10.1590/S0102-37722005000200008.

Estudo 4

Relações Coparentais de Cuidadores de Crianças com Paralisia Cerebral (PC): Um Estudo Quanti-qualitativo

Resumo: As relações coparentais têm sido associadas ao desenvolvimento saudável dos filhos. Objetivou-se analisar a percepção sobre coparentalidade de nove díades coparentais de crianças com paralisia cerebral (PC). Uma abordagem quanti-qualitativa foi utilizada através de quatro instrumentos: Inventário Sociodemográfico (ISD), Coparenting Questionnaire (CQ), um roteiro de entrevista semiestruturado sobre coparentalidade, o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). A coleta dos dados ocorreu em duas fases, a primeira em um Centro de Referência que atende crianças com deficiências, e a segunda nas residências dos participantes. Os dados do ISD e da GMFCS foram submetidos à análise de estatística descritiva, enquanto que os do CQ, à análise estatística dos componentes principais. Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados mostraram que a percepção sobre a coparentalidade foi positiva em apenas duas díades, e estiveram relacionadas à participação paterna em atividades de cuidados básicos e de brincadeiras, assim como à qualidade da conjugalidade nas díades. Ao passo que a percepção foi média e negativa nas díades cujos conflitos coparentais e conjugais foram registrados.

Palavras-chaves: Coparentalidade; Paralisia cerebral; Percepção; Quanti-qualitativo.

Abstract: Coparental relationships have been associated with the healthy development of children. The objective was to analyze the perception about coparenting of nine coparental dyads of children with Cerebral Palsy (CP). A quanti-qualitative approach was used through four instruments: Sociodemographic Inventory (ISD), Coparenting Questionnaire (CQ), a semi-structured interview script on coparenting, the Gross Motor Function Classification System (GMFCS). Data collection took place in two phases, the first in a Reference Center that serves children with disabilities, and the second in the participants' homes. The ISD and GMFCS data were submitted to descriptive statistical analysis, whereas those of the CQ to the statistical analysis of the main components. Data from the interviews were submitted to content analysis. The results showed that the perception of coparenting was positive in two dyads, and were related to paternal participation in basic care and play activities, as well as to the quality of conjugality in the dyads. While the perception was average and negative in the dyads whose coparental and conjugal conflicts were recorded.

Keywords: Coparenting; Cerebral Palsy; Perception; Quanti-Qualitative.

A coparentalidade tem despertado nos últimos anos o interesse das pesquisas que investigam relações familiares (Pasinato & Mosman, 2016; Boing & Crepaldi, 2016). Entendida como a articulação mútua de cuidados parentais, tem impacto direto sobre o desenvolvimento dos filhos (Lamela & Figueiredo, 2015). Estudos apontam a associação

negativa entre a baixa coparentalidade e desajustes desenvolvimentais dos filhos, onde estes passam a externalizar ou internalizar padrões pouco adaptativos de desenvolvimento (Pasinato & Mosmann, 2016). Amplia-se a sua compreensão, ao entender que na relação coparental laços consanguíneos não são obrigatórios sendo a criança, e a forma como esta é cuidada o foco principal (McHale, 2004).

Segundo Margolin, Gordis e John (2001) as relações coparentais são constituídas por três dimensões: a cooperação, a triangulação e o conflito. Referindo-se à ajuda mútua dos cuidadores na criação dos filhos, a cooperação leva em consideração valores como o respeito e valorização, aliviando a sobrecarga um do outro. A triangulação é definida pela coalizão unilateral de um dos genitores com a criança, excluindo o outro, ferindo as barreiras familiares. O conflito refere-se às divergências parentais relacionadas à criação dos filhos.

É evidente que nos últimos anos houve o crescimento das pesquisas sobre coparentalidade. Todavia, observa-se que nestas há o predomínio do delineamento quantitativo, uma vez que os pesquisadores se utilizam de medidas em forma de escalas, o que segundo Lamela e Figueiredo (2015) limita a compreensão da coparentalidade. Além da preferência por medidas padronizadas, a revisão da literatura indica que há o predomínio de pesquisas em contextos familiares nucleares e típicos (Souza, Ramos, Pontes, & Silva, no prelo), sendo escassas as pesquisas em contextos de pessoas com deficiência. Os estudos com estas famílias são importantes, pois revelam a dinâmica de enfrentamento adotada pela díade coparental diante das demandas geradas pelo nascimento de um filho com alterações desenvolvimentais.

Dos poucos estudos desenvolvidos na área, Ferreira (2009) investigou a coparentalidade, a resiliência, coesão e a adaptação familiar de 28 pais e 26 mães de crianças com desenvolvimento atípico em Portugal. Ao aplicar o *Coparenting Questionnaire-CQ* (Margolin et al. 2001) para avaliar a coparentalidade, verificou-se que as famílias apresentaram

níveis altos de cooperação coparental, mas este dado não foi relacionado com os níveis de resiliência e às características desenvolvimentais dos filhos.

Em estudo similar, Oliveira (2014) estudou a coparentalidade de 55 díades parentais de crianças com deficiência em Portugal, identificando a rede social de apoio existente nas famílias. Utilizando a Escala de Coparentalidade de McHale (2002), os dados mostraram que a coparentalidade destes casais esteve diretamente correlacionado à satisfação conjugal dos mesmos, assim como ao fato dos filhos com deficiência serem únicos.

No Brasil, poucos estudos sobre a coparentalidade foram realizados com famílias de pessoas com deficiência. Sifuentes e Bosa (2010), e Schmidt (2008) pesquisaram a coparentalidade em contextos de desenvolvimento de crianças com Transtorno de Espectro Autista-TEA. Esta escassez de pesquisas demonstra a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o comportamento coparental em contextos de desenvolvimento que contenham pessoas com deficiência tal como a paralisia cerebral (PC).

A PC compromete o desenvolvimento motor, e em alguns casos envolve as funções cognitivas das crianças, cujo cérebro sofreu alguma lesão durante a gestação, parto, ou mesmo após o nascimento (Geralis, 2007), demandando cuidados diferenciados em termos de qualidade e intensidade o que implica na sobrecarga de seus cuidadores (Camargos, Lacerda, Viana, Pinto, & Fonseca, 2009). Neste sentido, estas demandas podem fortalecer (Minetto, Crepaldi, Bigras, & Moreira, 2012) as relações coparentais de um casal, assim como contribuir para sua desintegração, dependendo da estrutura pessoal e contextual da família envolvida (Lamela & Figueiredo, 2015). De forma semelhante, a baixa qualidade de relações coparentais pode comprometer a saúde dos cuidadores principais, implicando-lhes baixa qualidade de vida. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar as percepções de díades de cuidadores de crianças com PC sobre suas relações coparentais.

Método

O delineamento metodológico deu-se através de uma pesquisa mista (quantitativa), procurando-se agregar metodologias diferentes, a fim de explorar e descrever a realidade gerando informações complementares e aprofundando a compreensão do fenômeno estudado (Minayo, 2010).

Participantes

Nove díades coparentais de crianças com PC atendidas em um Centro de Referência de Belém-Pará-Brasil. Estas díades foram contactadas a partir de um banco de dados constituído inicialmente por 84 cuidadores principais. A seleção dos participantes deu-se em função da aplicação dos seguintes critérios: os cuidadores serem casados ou viverem em união estável, residir na região metropolitana de Belém, e os filhos serem menores de 12 anos, com diagnósticos de PC não associado a outras deficiências.

Instrumentos de Coleta

Inventário Sociodemográfico-ISD.

Construído pela equipe envolvida nesta pesquisa, tinha por objetivo investigar aspectos dos participantes como idade, gênero, estado civil, renda, escolarização, número de filhos, posição na prole dos filhos, entre outros.

Gross Motor Function Classification System-GMFCS.

Classifica as habilidades e limitações das crianças com PC de zero a 12 anos, em cinco níveis. No nível I: anda sem limitação; no nível II: anda com limitações; nível III: anda usando dispositivo manual de mobilidade; nível IV: automobilidade com limitações, pode utilizar mobilidade motorizada; nível V: a mobilidade gravemente limitada, mesmo com aparelho e adaptações, necessitando de assistência total (Palisano et al., 2007). Utilizou-se este instrumento com objetivo de caracterizar as crianças com PC quanto ao desenvolvimento motor, sem, entretanto, correlacioná-la a coparentalidade de seus cuidadores.

Coparenting Questionnaire – CQ.

Constituído por 14 itens de respostas fechadas, adaptado de um conjunto inicial de 27 itens, desenvolvidos por Margolin et al. (2001), respondidos numa escala Likert de um a cinco pontos (1- nunca, 2- raramente, 3- às vezes, 4-normalmente, 5- sempre). A análise fatorial da versão original sugere três fatores: cooperação (itens 1 a 5), triangulação (itens 6 a 9) e conflito (itens 10 a 14), com valores de alpha de Cronbach para a consistência interna variando entre .69 e .87.

Roteiro de entrevista de coparentalidade.

Desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Transtorno do Desenvolvimento-NIEPED da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a investigação da coparentalidade em famílias de indivíduos com TEA, sofreu adaptação para este estudo quanto à deficiência dos filhos, que na presente pesquisa foi delineada pela PC, resultando em 23 questões abertas organizadas em sete macrocategorias.

Procedimentos

Coleta de dados.

A coleta de dados deu-se em duas fases. Na primeira, realizada na sala de espera do Centro de Referência, foi realizada a aplicação do ISD, do GMFCS e do CQ com as mães, pois somente estas se encontravam no momento da coleta. A análise preliminar dos dados do ISD possibilitou identificar quais delas enquadravam-se nos critérios pré-estabelecidos citados anteriormente, convidando-as a participar da segunda fase da pesquisa, que incluiu a díade de cuidadores (mãe e pai) das crianças. Foi realizado um encontro com estas em suas residências, onde as entrevistas foram realizadas separadamente e duraram em média 40 minutos, sendo audiogravadas e posteriormente transcritas.

Análise dos dados.

Os dados do ISD e do GMFCS foram inseridos no software SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 22.0 para Windows) utilizando-se estatística descritiva. Os dados do CQ foram submetidos à Técnica de Análise de Componentes Principais (ACP), uma técnica multivariada, com objetivo de reduzir o número de variáveis originais, verificando quais componentes principais explicam uma proporção elevada da variação total associada ao conjunto original dos dados (Mingoti, 2005).

Os escores foram padronizados em uma escala de zero a um, de forma que a Componente Principal obtida para avaliar a coparentalidade foi dada por $Y_{\text{coparentalidade}} = 0,899 \times \text{Cooperação} - 0,342 \times \text{Triangulação} - 0,272 \times \text{Conflito}$. A partir desta técnica, consideraram-se três níveis de classificação da coparentalidade: coparentalidade alta (0,93 a 1,00), coparentalidade média (0,48 a 0,92) e coparentalidade baixa (0 a 0,47).

A análise de conteúdo (Bardin, 2006) foi utilizada para os dados das entrevistas, que foram organizados em categorias definidas anteriormente (Schmidt, 2008) e naquelas surgidas após a transcrição dos dados, realizando-se uma análise do tipo misto (Pasinato & Mosman, 2016). As categorias foram as seguintes: 1-Classificação da relação coparental: cooperativa/conflituosa; 2- Critérios de divisão de cuidados: voluntários/involuntários; 3-Nível de satisfação com a divisão: satisfeito/insatisfeito; 4-Atividades Coparentais Fixas: cuidado básico, levar à terapia, provedor familiar, lazer e diversão, realizar as tarefas escolares; 5-Percepção do par coparental: aspectos positivos e aspectos negativos; 6-Conjugalidade: positiva/negativa.

Considerações Éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Pará- UFPA, com parecer favorável de nº 473.140/2013. A coleta de dados se deu mediante a assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), conforme previsto na Resolução nº. 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Resultados

Caracterização dos Participantes

As nove díades eram formadas por mães com média de idades de 34,2 anos, e pais com 35,8 anos, com tempo de união em torno de 12,5 anos. A média de filhos por família foi de 2,1. A renda familiar esteve situada entre um e dois salários mínimos. As mães declararam-se “do lar” enquanto todos os pais tinham trabalhos informais. Quanto às crianças, a média de idade foi de 5,7 anos, das quais seis eram meninas. De acordo com avaliação do GMFCS, houve a seguinte classificação no desenvolvimento motor das crianças: três no nível V; três no nível I; duas no nível II e uma no III.

Dados da Coparentalidade

A Tabela 1 mostra os dados da coparentalidade, destacando a frequência por dimensão (baixo= 5-11 pontos, médio= 12-18 pontos, alto= 19-25 pontos); e escores gerais (Baixa=0 a 0,47; Média= 0,48 a 0,92; e Alta= 0,93 a 1,00) obtidos por cada mãe no CQ. Observa-se conjuntamente avaliação qualitativa da coparentalidade de cada díade.

Tabela 1.

Dados gerais da coparentalidade.

Díades	*Clas. Qualitativa			*Esc. G. da coparentalidade	Clas. Quali. Geral	Clas. da coparentalidade
	Coop.	Trian.	Conf.			
Ângela	Alto	Baixo	Médio	16,49(1,00)	Alta	Cooperativa
Marcos	Alto	Baixo	Baixo	15,43(0,94)	Alta	Cooperativa
Marcele	Alto	Baixo	Médio	14,88(0,91)	Média	Cooperativa
Estevão	Alto	Baixo	Baixo	14,53(0,89)	Média	Cooperativa
Nelma	Alto	Baixo	Médio	11,53(0,73)	Média	Conflituosa/ Cooperativa
Márcio	Médio	Baixo	Médio	8,61(0,57)	Média	Cooperativa
Nilza	Alto	Médio	Alto	7,27(0,50)	Média	Cooperativa
Maurício						
Laura						
João						
Beatriz						
Carlos						
Nicole						
Bruno						

Patrícia Mauro	Médio	Médio	Médio	5,99(0,43)	Baixa	Cooperativa
Joana Paulo	Baixo	Baixo	Médio	-1,97(0,00)	Baixa	Conflituosa/ Cooperativa

Duas díades apresentaram alta coparentalidade, duas apresentaram baixa coparentalidade, e as demais, média coparentalidade. A partir da combinação dos dados quantitativos, foi possível agrupar as díades em três categorias coparentais distintas: a) coparentalidade positiva, b) coparentalidade média, e c) coparentalidade negativa, cujas descrições constam a seguir:

Coparentalidade positiva.

Neste grupo, os escores gerais obtidos estiveram compreendidos entre os valores 16,49 e 15,43, tendo as duas díades avaliado sua coparentalidade como cooperativa. A seguir, seguem os dados de coparentalidade obtidos em cada díade.

Ângela e Marcos

Ângela obteve o maior escore (16,49) para a coparentalidade, com frequência alta para cooperação (25,0), baixa (4,0) para triangulação, e média (17,0) para o conflito. Os dados qualitativos reforçam este perfil, pois houve registro de satisfação com a divisão de cuidados a filha com PC (GMFCS nível III), e concordância na classificação da relação coparental como cooperativa “*Estamos muito satisfeitos. Nós conversamos muito*” (Ângela) / “*Eu estou satisfeito, às vezes ela reclama, ela queria mais a minha presença*” (Marcos).

O acordo realizado através do diálogo foi o principal mecanismo de divisão de cuidados coparentais apontado pelo casal “*Eu tinha receio de falar com ele. Eu ficava esperando... Depois de uma conversa, acertamos*” (Ângela) / “*Um acordo que a gente faz no dia a dia, porque é muito pesado ‘pra’ ela*” (Marcos).

Atividades de cuidados básicos, como alimentação foram descritas como as principais tarefas divididas, porém àquelas relacionadas à higiene foram referidas como cuidados

maternos: *“Sim, menos o banho que ele não dá porque ela é menina” (Ângela) / “Olha, 75 por cento é ela e 25 sou eu... tem coisa que é só ela quem faz, higiene íntima é a mãe” (Marcos).*

Foram registradas percepções mútuas positivas quanto ao papel coparental desempenhado *“Ele é um paizão. Amanhece comigo se ela está doente” (Ângela) / “Boa mãe, avaliação é boa” (Marcos).*

Sobre a relação conjugal, estabilidade e tranquilidade foram relatadas, mesmo diante da alteração vivida pela chegada da filha *“Normal, o mesmo de antes (Ângela) / “A gente se entende bem, não é conturbada, é tranquila” (Marcos).* Os sentimentos de tranquilidade e felicidade foram associados com sensações de bem-estar na díade *“Eu me sinto muito feliz (Ângela) / Não me considero feliz, me sinto bem” (Marcos).*

Nicole e Estevão

O escore geral de coparentalidade para Nicole foi de 15,43, obtendo uma frequência alta (22,0) de cooperação, e baixas (4,0) para conflito e triangulação (Tabela 1). As percepções sobre a relação coparental foram positivas e coerentes com a satisfação relatada quanto à divisão de cuidados existente ao filho com PC (GMFCS nível I) *“Sim estou. Não mudaria nada” (Marcele) / Sim, com certeza” (Estevão),* fato que levou a díade a classificar a relação coparental como cooperativa.

A divisão de cuidados ocorreu de forma natural, pela percepção paterna em ter que colaborar: *“Ele vê a necessidade e toma alguma coisa para fazer” (Marcele)/ “Foi naturalmente, eu sempre ajudei com meus filhos”(Estevão).*

As atividades escolares e algumas de cuidado básico, como higiene foram descritas como função paterna *“Sim. As coisas da escola são comigo, a higiene dele também” (Estevão).* À mãe, foram atribuídas as demais atividades de cuidados *“Eu cuido do resto. Buscar na escola sou eu, porque ele está trabalhando (Marcele).*

A percepção mútua nos papéis parentais também foi descrita através de atributos positivos, conforme demonstrado em suas falas *“Olha eu acho ele um paizão, cuida de tudo (Marcele) / “Uma supermãe, carinhosa e cuidadosa (Estevão).*

Ambos relataram sentirem-se tranquilos, com uma relação conjugal estável, *“A gente vive bem há 20 anos juntos” (Marcele). / “Vivemos felizes. Somos quatro pessoas felizes aqui” (Estevão).*

Em suma, estas duas díades mostraram percepções positivas sobre todos os aspectos relacionados à divisão de cuidados parentais, as suas figuras parentais, e históricos positivos e estáveis de relacionamento conjugal.

Coparentalidade média.

Neste grupo, as díades avaliaram suas relações coparentais como cooperativas, com excessão de uma mãe. Os escores gerais estiveram compreendidos entre os valores de 14,88 e 7,27. As frequências para a cooperação foram altas (>18 pontos), porém também elevadas para o conflito (Tabela 1). Os dados qualitativos ajudam a compreender melhor a coparentalidade em cada uma das cinco díades que seguem:

Nelma e Márcio

O escore geral obtido por Nelma foi de 14,88. A frequência foi alta (22,0) para cooperação, baixa para a triangulação (4,0) e média para o conflito (13,0). A díade classificou sua relação coparental como cooperativa, mostrando satisfação com a divisão de cuidados. Os critérios de divisão nos cuidados a filha com PC (GMFCS nível V) foram descritos como naturais, seguindo um fluxo contínuo da rotina familiar *“De forma normal. Foi rolando” (Nelma) / “Foi natural, normal” (Márcio).*

As atividades de cuidados básicos foram descritas como função exclusivamente materna, enquanto que levar a criança às terapias, seria uma atividade compartilhada pela díade

“A minha é mais cuidar dela, fazer as tarefas de casa. Mas ele me ajuda” (Nelma) / “Eu sempre saio. Levo ela ‘pros’ médicos” (Márcio).

A percepção mútua foi positiva, revelada em falas como: *“Um verdadeiro pai. Ele é muito atencioso, cuidadoso mesmo” (Nelma) / “Ela é uma excelente mãe. Cuida muito bem da G.”.*

As diferenças na forma de cuidados foram relatadas como foco de conflitos coparentais *“Ele quer facilitar demais ‘pra’ ela, a gente discute às vezes” (Nelma) / “A gente tem as vezes porque eu quero fazer de um jeito, ela de outro...” (Márcio).*

A relação conjugal foi descrita como tranquila e estável, muito embora a rotina da díade tenha sido abalada pelo nascimento da criança *“No início foi difícil. Foram muitos acompanhamentos e internações junto com ela. Mas hoje a gente vive em função dela” (Nelma).* Ambos revelaram sentimentos de felicidade e tranquilidade nas relações de coparentalidade e conjugal.

Nilza e Maurício

O escore geral obtido por Nilza foi de 14,53. Obteve frequência alta (21,0) para a cooperação, baixa para o conflito (4,0) e média para triangulação (11,0). As percepções foram concordantes quanto a cooperação existente. Porém, discordantes quanto ao nível de satisfação com a divisão de cuidados com o filho com PC (GMFCS nível II), estando o pai insatisfeito, pois, segundo o mesmo, não dispunha de maior tempo para cooperar nos cuidados *“Não totalmente, eu ‘tô’ tentando mudar o meu horário de trabalho, para poder acompanhar mais” (Maurício) / “Sim estou. Não mudaria nada” (Nilza).*

Os momentos de lazer com a filha e o compromisso de levá-la à escola foram relatadas por Nilza como as atividades paternas *“Ele leva ela para a escola, e brinca com ela a noite quando ele chega” (Nilza) / “A gente sai, brinca, quem ‘tá’ disponível, e se tiver os dois, são os dois” (Maurício).*

As percepções mútuas sobre sua parentalidade foram positivas *“Ele é atencioso, faz tudo. / “Ela me apóia muito. É muito interessada, lê muito sobre o problema dela” (Maurício).* As diferenças na educação da filha foram relatadas como as causas dos conflitos mais frequentes nesta díade *“ Não gosto da forma como ele fala com ela...fico aborrecida, aí já viu” (Nilza).*

A relação conjugal foi descrita como estável, mesmo diante de suas demandas parentais *“Somos totalmente companheiros, a gente tem procurado tempo. Saímos um pouquinho” (Nilza) / “Tem pouco tempo, mas a gente vai ‘pro’ cinema, mas é pouco” (Maurício).* Felicidade e tranquilidade foram os sentimentos descritos como mostra a fala de Maurício *“Ela me apoia, ela me ajuda em tudo, me sinto feliz, com certeza”.*

Laura e João

O escore geral obtido por Laura foi de 11,53. As frequências obtidas foram alta (21) para a cooperação, baixa (8,0) para a triangulação e média (17,0) para a triangulação. Discordâncias foram encontradas nas percepções quanto a classificação da relação coparental e nível de satisfação com a divisão de cuidados a filha com PC (GMFCS nível I). Laura classificou a relação coparental como conflituosa, e mostrou-se insatisfeita com a divisão, diferentemente da percepção de João *“Não estou satisfeita, eu esperava que ele se oferecesse mais em me ajudar com a V.” (Laura) / “Eu ‘tô’ satisfeito. Se eu tivesse mais tempo, eu dividiria mais o trabalho com ela” (João).*

Quanto aos cuidados que cada um desempenha houve plena concordância. À mãe, foram-lhe atribuídos todos os cuidados. Ao pai, o papel de provedor familiar *“Olha, ele não me ajuda diretamente, não deixa faltar nada, paga a escola, põe comida dentro de casa” (Laura) / “Eu vou ser sincero, trabalho mais forte é da minha esposa (João).*

A percepção mútua enquanto cuidador (a) diferiu. Laura foi descrita positivamente *“Ela é muito carinhosa e atenciosa com a V.” (João),* em contra-partida, apresentou

dificuldades em descrever João, destacando o afeto entre pai e filha *“Razoável, bem, eu admiro o amor que ele sente por ela” (Laura).*

A falta de cooperação do marido foi relatado por Laura como foco de conflito *“Ele não nos leva a lugar algum se eu não pedir. Ele nunca está disponível” (Laura)*, ao contrário do que apontou João *“Com relação aos cuidados com a V. não há conflitos. Queremos fazer as coisas melhor ‘pra’ ela” (João).*

A relação conjugal foi descrita por Laura como “fria” e distante, principalmente depois que a filha nasceu, diferente da percepção de João *“Continua a mesma coisa. Não houve mudança” (João).* Sentimentos diferentes frente a relação coparental também foram apontados *“Me sinto mais ou menos feliz (Laura)*, enquanto o pai afirmou categoricamente sentir-se feliz.

Beatriz e Carlos

Beatriz obteve escore geral de 8,61. As frequências foram média (17,0) para a cooperação, baixa (6,0) para a triangulação e média para o conflito (17,0). Percepções positivas acerca da relação coparental foram encontradas, cuja classificação atribuída foi cooperativa. A divisão de cuidados ao filho com PC (GMFCS nível II) ocorreu com naturalidade nas horas que o marido está em casa *“Ele percebe que tem que ajudar e ajuda” (Beatriz) / “Foi natural, eu ‘tando’ em casa é só um jeito” (Carlos).*

As atividades de lazer foram descritas como sendo responsabilidade do pai *“Quando ele está em casa procura me ajudar, brinca um pouco com ele. Mas o dia a dia é comigo”,* informação que foi corroborada por Carlos *“Mais é ela. Dá 6 horas da manhã, eu já saio e passo o dia fora. Eu levo ele ‘pro’ futebol nas folgas”.*

Satisfação com a divisão de cuidados foi registrada na diáde, muito embora tenha-se percebido na fala do pai o desejo de poder cooperar mais *“Com certeza, não mudaria nada” (Beatriz) / “Eu mudaria sim, queria ter mais tempo para ajudar” (Carlos).*

Percepções positivas mútuas foram registradas “*Ele tem paciência, é carinhoso*” (Beatriz) / “*Ela é persistente, acredita que ele vai andar um dia*”, não sendo relatados conflitos.

A conjugalidade foi descrita como tranquila, muito embora a rotina do casal tenha mudado após o nascimento do filho “*Sim, às vezes. Mas vivemos em função dele agora. É como se a gente esquecesse que somos casados, e somos só pais* (Beatriz)”.

Nicole e Bruno

Do grupo de mães que compõe a coparentalidade média, Nicole obteve o menor escore (7,27). As frequências foram alta (19,0) para a cooperação e o conflito (21,0), e média (12,0) para a triangulação. Ambos classificaram sua relação coparental como cooperativa, mostrando satisfação com a divisão de cuidados a filha com PC (GMFCS nível V) “*Estou sim. Não mudaria nada não*” (Nicole). À mãe foi atribuída a maior parte de cuidados, porém com a ajuda do marido em alguns momentos “*Bem, eu faço as coisas do dia-a-dia, quando ele está em casa me ajuda. Põe ela para dormir*”.

Percepções mútuas positivas estiveram presentes quanto ao papel parental “*Ele é muito atencioso com ela. Muito mesmo, até mais do que eu*” / “*Eu vejo que ela cuida muito bem da M.*” (Bruno).

Conflitos coparentais não muito frequentes foram relatados por Nicole, e estiveram ligados às discordâncias quanto à educação da filha “*Olha, não há conflitos sérios. Geralmente só quando eu quero de um jeito e ele quer de outro. Mas é besteira*”.

A conjugalidade revelou-se estável, porém, assim como a maioria das díades aqui analisadas, alterada em função dos papéis parentais “*Momentos de lazer ‘pra’ só nós dois não tem. Ultimamente ficamos mais em casa*” (Nicole).

Em síntese, a coparentalidade nestas cinco díades puderam ser evidenciadas como relações positivas, em que a cooperação coparental se fez presente, podendo ser possível identificar momentos de conflitos coparentais, referentes às diferenças na forma de cuidados

aos filhos, ou pouca cooperação paterna. Vale ressaltar que neste grupo não foram registrados conflitos conjugais.

Coparentalidade negativa.

Neste grupo, as duas díades obtiveram escores gerais compreendidos entre os valores 5,99 e -1,99 (Tabela 1). Apenas uma díade avaliou a relação coparental vivida como cooperativa. A seguir, seguem os dados de coparentalidade em cada díade:

Patrícia e Mauro

Patrícia obteve escore geral de 5,99, com frequência média (15,0) para a cooperação e conflito (15,0), e baixa para a triangulação (10,0). A avaliação atribuída para a relação coparental foi de cooperativa, porém discordâncias quanto à divisão de cuidados foram registradas, pois Patrícia apresentou insatisfação, querendo dispor de mais tempo para cuidar do filho com PC (GMFCS nível II) *“Querida que o bebê ficasse logo grande, e eu ia ficar com o R., para resolver as coisas dele” (Patrícia).*

Além do filho com PC, esta díade compartilha os cuidados de um filho mais novo. A divisão de cuidados fora estabelecida em decorrência da necessidade, pois as duas crianças demandavam de atenção permanente e intensa *“É complicado fazer só, tem que levar, por necessidade” (Patrícia).*

Levar o filho às terapias e à escola foram as atividades compartilhadas, principalmente depois do nascimento do segundo filho *“Quando eu ‘tô’ lá em casa, eu fico com ele ‘pra’ ela fazer as coisas. Levar a terapia e ‘pra’ a escola é meu papel” (Mauro).*

A percepção mútua sobre o papel parental foi avaliada positivamente, mas com ressalvas maiores pela mãe *“Olha, ele não é ótimo, mas é bom... Não admiro a ignorância dele” (Patrícia).*

Somente Patrícia revelou a existência de conflito, ligados a postura do marido de desautorizá-la na frente do filho *“Ah, geralmente quando eu digo alguma coisa e ele tira minha autoridade na frente do R.”*.

Depois do nascimento do filho com PC, a conjugalidade da díade demonstrou-se instável, marcada por episódio de separação, e posterior retorno. Os cuidados as duas crianças limitaram a rotina do casal somente aos cuidados parentais, *“Não temos nenhum momento só nós dois” (Patrícia) / “Não temos, agora que o bebê nasceu, piorou” (Mauro)*.

Patrícia relatou menos sentimentos de felicidade e tranquilidade na relação vivida com o marido *“Me sinto mais ou menos feliz. Não completamente” / “Eu me sinto feliz em ver que ela cuida bem deles. Eu me sinto tranquilo” (Mauro)*.

Joana e Paulo

Joana apresentou a coparentalidade mais baixa, cujo escore geral foi -1,97, com frequências baixa de cooperação (6,0), média (8,0) de triangulação, e alta (17,0) para o conflito (Tabela 1).

Houve discordância na percepção da díade quanto à classificação atribuída à relação coparental vivida *“A relação hoje com ele é totalmente conflituosa” (Joana) / “Pra’ mim é de cooperação” (Paulo)*. Registrou-se discordância também quanto ao nível de satisfação quanto à divisão de cuidados a filha (GMFCS nível V), estando a mãe insatisfeita *“Eu não estou satisfeita, mas fazer o que? Eu queria que ele me ajudasse mais...” / “Tô satisfeito, porque no caso ‘pra’ mim é bom..”*

A imposição de Joana foi apontada como o mecanismo utilizado para mobilizar a cooperação paterna nos cuidados a filha *“Aconteceu porque foi imposto por mim (Joana), enquanto que para Paulo, a divisão deu-se a partir de um acordo com a esposa “Como ela decidiu voltar a estudar, aí acabamos entrando nesse acordo, de noite comigo e de dia com ela...” (Paulo)*.

Quanto aos cuidados desempenhados por cada um, as percepções foram concordantes. As atividades de cuidado básico como dar banho, trocar a fralda, escovar os dentes, foram as principais tarefas descritas e compartilhadas, *“Ele dá o banho, escova os dentes, quando eu saio as seis ‘pra’ estudar” (Joana) / “Eu faço o asseio de noite, troco a fralda dela antes de dormir” (Paulo).*

Percepções negativas acerca de Paulo enquanto cuidador foi percebido na fala de Joana *“Não tem características para destacar como cuidador, porque ele não faz. Péssimo cuidador, não tem aspectos positivos”*. Em contrapartida, foi descrita através de atributos positivos pelo marido *“Excelente, muito dedicada. Uma mãezona. Não poderia ser outra ‘pra’ R.”*.

A falta de cooperação nos cuidados foi apontada como principal foco de conflitos na díade *“A sobrecarga em cima de mim, ele foge da responsabilidade de pai e cuidador, mesmo eu doente, tenho que fazer tudo” / “Às vezes por ela achar que eu não faço o suficiente, aí, ela briga comigo”*.

A relação conjugal foi descrita por Joana como totalmente afetada *“Tempo exclusivo? Não! ‘Pra’ mim seria sentar, conversar, discutir a relação, aí sim isso seria tempo ‘pra’ gente. Mas aí quando peço esse tempo, ele foge”*.

Sentimentos de cansaço, sobrecarga e estresse foram descritos pela mãe *“Me sinto cansada demais, estressada demais, é muita sobrecarga em cima de mim. Não tem colaboração, são cinco filhos, tudo eu tenho que resolver”*, diferentemente da percepção de Paulo que demonstrou sentir-se bem na relação.

Em síntese, nestas duas díades as relações coparentais encontraram-se entremeadas por históricos de conflitos conjugais, e pouca cooperação, acarretando às mães percepções negativas sobre suas relações coparentais.

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que os participantes vivem expostos a contextos de vulnerabilidade social, uma vez que residem em áreas de risco e sobrevivem com baixa renda, o que de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB) os enquadra à classe econômica D (R\$ até 2.013,00) (ABEP, 2011). Esta situação é reforçada pela não empregabilidade materna, endossando dados anteriores (Andrade, Vieira & Dupas, 2011; Almeida, Ruedell, Nobre & Tavares, 2015). A avaliação GMFCS das crianças com PC apresentou equilíbrio entre os níveis, sendo que o Nível V, de maior comprometimento motor, esteve associado a não ida das crianças para a escola, e maiores dificuldades na execução das tarefas parentais (Ribeiro, 2015).

Foi possível verificar nas díades analisadas, que os três padrões de coparentalidade apresentados pelas mesmas, estiveram relacionados a características bem pontuais de cada uma. A coparentalidade positiva mostrada pelas duas díades com alta frequência de cooperação trouxe como dados qualitativos percepções de valorização mútua (Lamela et al., 2010), e níveis estáveis de comunicação, conjugalidade, e baixo nível de conflito, dados que também foram encontrados por Talbort e McHale (2004). Na percepção materna, a “boa” coparentalidade foi relacionada à cooperação paterna, mesmo que mínima, em atividades da vida diária da criança (AVD's), como realizar tarefas escolares, levar às terapias, ou somente brincar, pois diminuiria sua sobrecarga nesta rotina de cuidados, minimizando os riscos a sua saúde, conforme apontado por Silva e Pontes (2016).

Por outro lado, as cinco díades com coparentalidade média, receberam esta classificação, mesmo registrando frequências altas de cooperação. Porém, um dado significativo deste grupo foi a ocorrência de conflitos, estando estes principalmente ligados às diferenças quanto à criação dos filhos, o que ilustra as considerações de Lamela e Figueiredo (2016) quando afirmam que a coparentalidade, mesmo que bem fortalecida, não exclui a

existência de conflitos, principalmente se a díade coparental consegue revertê-los através de diálogos proativos, e fortalecimento de fronteiras entre os subsistemas familiares.

As duas díades com coparentalidade negativa, por sua vez, tiveram por característica principal, frequências altas de conflito coparental, traduzidas por comportamentos de hostilidade, raiva, criticismo e frieza nos aspectos relacionados à criação dos filhos, aspectos pontuais de uma coparentalidade conflituosa, como apontado por Margolin et al. (2001). Nos dados qualitativos estes elementos foram acompanhados por um aspecto fundamental da relação familiar, como a baixa qualidade da relação conjugal, e que de fato ocorreria uma transferência dos conflitos conjugais para as relações coparentais (Modecki, Hagan, Sandler, & Wolchik, 2015).

A capacidade de cada díade de gerenciar estes conflitos reflete a possibilidade das crianças serem expostas às situações conflituosas, ou não (Boing & Crepaldi, 2016). Logo, as crianças com PC do presente estudo que presenciam relações coparentais positivas (alta cooperação) estariam, em tese, sob maiores fatores protetivos ao seu ajustamento psicológico e desenvolvimental de modo geral, ao passo que aquelas que vivenciam em seus respectivos lares uma coparentalidade negativa (altos conflito e triangulação), estariam sob maiores riscos.

Considerações Finais

O presente estudo analisou a percepção de díades coparentais de crianças com paralisia cerebral, a fim de ouvi-las quanto suas relações coparentais. Através da análise dos dados quanti-qualitativos, foi possível perceber diferenças na percepção sobre a coparentalidade, principalmente em função de variáveis presentes em outros subsistemas familiares.

Os resultados mostraram que a coparentalidade positiva esteve relacionada com percepções positivas acerca do par coparental, e que esta percepção vincunlo-se a real participação paterna na divisão de cuidados ao filho com PC, principalmente nas atividades de cuidados básicos da criança, assim como, associação com a qualidade elevada da relação

conjugal existente, mostrando diretiva associação entre os subsistemas familiares. Quanto às díades com coparentalidade média, destacou-se a alta cooperação entre as figuras parentais, porém com registros de conflito coparental, principalmente direcionados às diferenças de cuidados.

Por outro lado, as percepções negativas expressaram cuidadoras insatisfeitas, e consequentemente, uma coparentalidade negativa, principalmente pela baixa participação paterna nos cuidados aos filhos, e instabilidade conjugal. Estes dados contribuem para a compreensão de relações coparentais em famílias atípicas, cujo conhecimento ainda carece de maiores esclarecimentos. Espera-se que estes dados ajudem a pensar em estratégias de intervenções centradas na família a fim de atribuir mais qualidade às relações intrafamiliares, principalmente as coparentais, a fim de refletir no melhoramento da qualidade de vida do sistema familiar como um todo, e principalmente sobre o desenvolvimento infantil.

Considerando-se as limitações para a realização desta pesquisa, ressalta-se a aplicação do instrumento quantitativo com apenas um elemento da díade coparental, e o baixo número participantes. Logo, sugere-se que pesquisas futuras possam garantir a participação equitativa de todos, e que outras pesquisas sobre coparentalidade em famílias atípicas possam ser realizadas, contribuindo para o avanço e fortalecimento das pesquisas científicas na área.

Referências

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa- ABEP, (2011). *Critério de classificação econômica Brasil*. [Economic classification criterion Brazil]. São Paulo: ABEP.
- Almeida, T. C.S., Ruedell, A. N., Nobre, J. R. S., & Tavares, K. O. (2015). Paralisia cerebral: impacto no cotidiano familiar. [Cerebral palsy: impact on family everyday life]. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19, 171-178. doi: 10.4034/RBCS.2015.19.03.01.
- Andrade, M. B., Vieira, S. S., & Dupas, G. (2011). Paralisia Cerebral: Estudo sobre o enfrentamento familiar. [Cerebral Palsy: A study about family coping]. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15, 86-96. doi: 1415-27622011000100012.

- Baker, J., McHale, J., Strozier, A., & Cecil, D. (2010). Mother-Grandmother coparenting relationship in families with incarcerated mother: a pilot investigation. *Family Process*, 49, 165-184. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01316.x.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Boing, E., & Crepaldi, M. A. (2016). Relação pais e filhos: compreendendo o interjogo das relações parentais e coparentais. [Relationship between parents and children: understanding the interplay of parental and co-parenting relationships]. *Educar em Revista*, 59, 17-33. doi: 10.1590/0104-4060.44615.
- Cabrera, N. J., & Fagan, J. (2012). Longitudinal and reciprocal associations between coparenting conflict and father engagement. *Journal of Family Psychology*, 26, 1004-1011. doi: 10.1037/a0029998.
- Camargos, A. C. R., Lacerda, T. T. B., Viana, S. O., Pinto, L. R. A., & Fonseca, M. L. S. (2009). Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças com paralisia cerebral através da escala burden Interview. [Evaluation of the caregiver overload of children with cerebral palsy through the burden scale Interview]. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9, 31-37. doi: 10.1590/S1519-38292009000100004.
- Ferreira, M. R. A. C. (2009). *Geometria Social: um estudo sobre coparentalidade e Resiliência em família portuguesas e imigrantes, de baixo nível socioeconômico* [Social Geometry: a study on co-parenting and Resilience in Portuguese and immigrant families, of low socioeconomic level] (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2016). Coparentalidade após a dissolução conjugal e saúde mental das crianças: uma revisão sistemática. [Coparentality after marital dissolution and mental health of children: a systematic review]. *Jornal de Pediatria*, 46, 90-102. doi: 10.1016/j.jped.2015.09.011.
- Marin, Â. H., & Piccinini, C. A. (2009). Famílias uniparentais: A mãe solteira na literatura. [Uniparental Families: The Single Mother in Literature]. *Psico*, 40 (4), 422-429. Recuperado em <http://revistaseletronicas.pucrs.br>.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psycho*, 15, 321. doi: 10.1037/0893-3200.15.1.3.
- Minayo, M. C. S. (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Mingotti, S. A. (2005). *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: UFMG.
- Minetto, M. F., Crepaldi, M. A., Bigras, M., & Moreira, L. C. (2012). Práticas educativas e estresse parental de pais de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. [Educational practices and parental stress of parents of parents of young children with typical and atypical development]. *Educar em Revista*, 43, 117-132. doi: 10.1590/S0104-40602012000100009.

- Modecki, K. L., Hagan, M. J., Sandler, I., & Wolchik, S. A. (2015) Latent profiles of nonresidential father engagement six years after divorce predict long-term offspring outcomes. *Journal Clinical Child Adolescence Psychology*, 44, 123-36. doi: 10.1080/15374416.2013.865193.
- Pasinato, L., & Mosmann, C. P. (2016). Transição para a parentalidade e a coparentalidade: casais que os filhos ingressaram na escola ao término da licença-maternidade. [Transition to parenthood and co-parenting: couples whose children entered school at the end of maternity leave]. *Avances em Psicologia Latinoamericana*. 34 (1), 129-142. doi: 10.12804/apl34.1.2016.09.
- Ribeiro, C. R., Gomes, R., & Moreira, M. C. N. (2015). A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. [Parenting and parenting as health issues in the face of gender rearrangements]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20 (11), 3589-3598. doi: 10.1590/1413-812320152011.19252014.
- Russel, D. J., Rosenbaum, P.L., Avery, L.M., & Lane, M. (2011). Desenvolvimento e validação da GMFM-66. In. D. J. Russel, P. L. Rosembaum, L. M. Avery, & M., Lane, *Medida da função Motora Grossa [GMFM-66 & GMFM-88]- Manual do Usuário*, (pp. 30-45). São Paulo: Memmon.
- Schmidt, C. (2008). *Coparentalidade em famílias de adolescentes com autismo e comportamento agressivo [Coparentality in families of adolescents with autism and aggressive behavior]* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Sifuentes, M., & Bosa, C. A. (2010). Criando pré-escolares com autismo: características e desafios da coparentalidade [Creating preschool children with autism: characteristics and challenges of coparenting]. *Psicologia em Estudo*, 15, 477-485. doi: 10.1590/S1413-73722010000300005.
- Silva, S. S. C., & Pontes, F. A. R. (2016). Rotina de Famílias de crianças com paralisia cerebral [Familial Routine of children with cerebral palsy]. *Educar em Revista*, 59, 65- 78. doi: doi.org/10.1590/0104-4060.44688.
- Talbot, J. A., & McHale, J. P. (2004). Individual parental adjustment moderates the relationship between marital and coparenting quality. *Journal of Adult Development*, 11 (3), 191-205. doi: 10.1023/B:JADE.0000035627.26870.f8.

Considerações Finais da Tese

O objetivo geral desta Tese foi conhecer, descrever, e analisar a coparentalidade e a auto-eficácia parental de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral usuárias de um Serviço público disponível em um hospital universitário da capital paraense. A coparentalidade e a auto-eficácia parental estão diretamente relacionados aos contextos familiares, que na presente pesquisa são caracterizados pela presença de um filho com deficiência. Considerar estes aspectos, fomentou a problematização acerca de como as relações coparentais e as crenças de auto-eficácia parental, estariam estruturadas neste contexto.

A estrutura segmentada em artigos independentes, porém interligados, possibilitou obter respostas às questões iniciais, de forma bem pontual e específica. Assim, o primeiro estudo desenvolvido teve importância fundamental na compreensão do conceito de coparentalidade, assim como para perceber o crescente aumento de pesquisas sobre o tema. Embora não tenha sido objetivo da RSL apontar as características desenvolvimentais das crianças que configuraram os sistemas familiares estudados pelos autores, este estudo teve sua importância, pois permitiu perceber que há predominância de pesquisas em famílias de crianças com desenvolvimento típico, mostrando a carência de estudos com famílias de crianças com desenvolvimento atípico.

Outra importante contribuição da RSL diz respeito a indicação da melhor medida a ser utilizada nas pesquisas que seriam realizadas posteriormente. Assim, o *Coparenting Questionnaire-CQ* mostrou-se como uma ferramenta eficaz na compreensão da coparentalidade dos cuidadores, descrevendo-a a partir de três aspectos diferenciados, a cooperação, a triangulação e o conflito coparental, uma vez que estas três dimensões encontram-se na base conceitual da coparentalidade. Vale ressaltar que esta medida adequou-se ao ambiente de coleta, um Centro de Referência público, sem interferir em sua dinâmica de funcionamento, e dos

participantes da pesquisa, principalmente em função do caráter sintético do CQ, sua fácil aplicação, e interpretação.

O primeiro estudo permitiu pensar questões em torno da coparentalidade, e como esta se apresentaria em ambientes familiares, cuja dinâmica foi marcada pelo nascimento de um filho com paralisia cerebral. Dessa forma, o primeiro estudo empírico, descreveu e analisou a coparentalidade e as características sociodemográficas de cuidadores principais de crianças com PC, e quais as possíveis relações entre estas variáveis. O interesse sobre estas questões esteve diretamente relacionado à influência que relações coparentais cooperativas têm sobre o desenvolvimento saudável das crianças, assim como à saúde, bem-estar, e qualidade de vida dos cuidadores.

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que a grande maioria dos cuidadores principais das crianças com PC tiveram níveis baixos de coparentalidade, e que estes estiveram relacionados estatisticamente a algumas características familiares e individuais dos cuidadores e das crianças. Dentre as características familiares que se correlacionaram positivamente com a baixa coparentalidade, destacam-se fatores indicativos de vulnerabilidade social como a baixa renda familiar. Quanto a esta questão, os dados da presente pesquisa somam-se à tendência central de inúmeras outras investigações que apontam a mãe da criança com deficiência, como cuidadora principal em tempo integral e permanente, tendo que abdicar de suas próprias vidas em função dos cuidados aos filhos, deixando de contribuir financeiramente com o sustento familiar. Em muitas famílias aqui investigadas, a grande fonte de renda materializa-se através do recebimento de benefícios sociais.

Por outro lado, dentre as características relacionadas às crianças com PC que estiveram influenciando a coparentalidade dos seus cuidadores, está o grau de comprometimento motor funcional infantil, assim como suas idades. Constatou-se que maiores limitações motoras, em crianças maiores de seis anos, foram fatores que se correlacionaram estatisticamente com a

baixa coparentalidade. Neste sentido, cuidadores de crianças mais limitadas, enfrentam solitariamente a prontidão destes cuidados. Considerando, que crianças com níveis GMFCS IV e V, são dependentes em praticamente todas as atividades, indaga-se acerca das condições físicas e emocionais nas quais estes cuidados são executados.

Muito embora, algumas pesquisas mostrem que o grau elevado de comprometimento motor dos filhos esteja relacionado a menores níveis de estresse, parte-se para uma análise em direção oposta, na qual a condição de comprometimento motor da criança, seja fonte geradora de tensões familiares, acarretando em possíveis dissociações de díades coparentais. Assim, os resultados deste estudo são importantes na medida em que revelou cuidadores com baixo nível de coparentalidade, que, associada as suas características sociodemográficas de vulnerabilidade socioeconômica, estabelece um contexto relacional ameaçador do desenvolvimento infantil e de sua qualidade de vida.

Estes dados ajudaram na construção do terceiro estudo que descreveu e analisou os níveis de auto-eficácia destes cuidadores, e possíveis correlações com a coparentalidade dos mesmos, buscando-se mapear de forma mais ampla não somente as dinâmicas relacionais presentes nas famílias, mas também aspectos pessoais que poderiam influenciar o desempenho de cuidados parentais. No geral, os dados demonstraram que além de baixos padrões de coparentalidade, os cuidadores participantes desta pesquisa demonstraram baixos níveis de auto-eficácia parental, confirmando a hipótese inicial.

Partindo-se do que é preconizado pela Teoria Social Cognitiva, as crenças positivas de auto-eficácia parental são fundamentais para o potencial desempenho nos cuidados infantis, assim como importantes preditores de saúde dos cuidadores, ao passo que níveis baixos de auto-eficácia, tornam-se fatores de risco para o desencadeamento de transtornos depressivos, estresse parental, ansiedade, isolamento social, assim como a somatização de todos estes sintomas.

Novamente, volta-se ao alerta acerca das possíveis implicações negativas que estes dados têm sobre a saúde destes cuidadores, assim como das crianças com PC. Pensando-se nestes resultados produzidos pelo segundo e terceiro estudos, levanta-se aqui a necessidade de continuar estas investigações, cujo foco principal seja a saúde física e emocional dos cuidadores, assim como, o desenvolvimento emocional das crianças com PC, uma vez que estes aspectos não foram objetos de investigação da presente pesquisa.

Com vistas a buscar identificar alguns elementos pontuais causadores dos níveis baixos de coparentalidade, o quarto estudo possibilitou que uma amostra de cuidadores pudesse apresentar suas percepções sobre suas relações coparentais, e conseqüentemente sobre seus parceiros coparentais. Logo, o quarto estudo analisou as percepções de díades coparentais sobre suas relações coparentais. Conduzido também na residência dos participantes, este último estudo permitiu uma maior aproximação com os cuidadores e suas subjetividades, observando seus contextos, e constatando suas condições de vulnerabilidade socioeconômica. Os dados provenientes das entrevistas revelaram a recursividade existente entre os subsistemas familiares, uma vez que foi constatada a influência do subsistema conjugal sobre a percepção da coparentalidade.

Constatou-se que em contextos familiares cujos conflitos conjugais foram relatados, a percepção sobre a coparentalidade e sobre o outro cuidador foi negativa, e vice-versa. Ou seja, as percepções positivas sobre a coparentalidade e sobre o cuidador foram obtidas nas díades coparentais cujos conflitos conjugais não foram citados, e onde foi afirmada a real participação dos pais nos cuidados ao filho com PC.

Assim, a escuta dos cuidadores possibilitou conhecer alguns aspectos que possivelmente contribuiriam com o estabelecimento de um padrão coparental verdadeiramente positivo, cujas características agregam: 1) um compartilhamento efetivo dos cuidados parentais, que aliviem diretamente a sobrecarga sentida pelos cuidadores primários; 2) o compartilhamento ocorrendo

através de relações amistosas, de apoio e respeito mútuos entre as díades, e com baixos conflitos; 3) percepções positivas acerca das relações coparentais, e auto avaliação positiva acerca de si, enquanto cuidador, e do outro na execução desta função.

Atenta-se que os cuidados, e atenção à saúde dos cuidadores parentais, por exemplo, refletem na saúde e desenvolvimento das crianças a serem cuidadas. Estas preocupações já fazem parte de modo mais consistente de políticas de atenção à saúde da criança com alteração desenvolvimental ora implementadas pelos países desenvolvidos principalmente, europeus, como Espanha e Portugal, assim como em políticas norte americanas consistentes de assistência às pessoas com deficiência e suas famílias. Estes Programas de Intervenção são resultado de ampla investigação proveniente de pesquisas desenvolvidas nos contextos familiares diversos, como os atípicos.

Na Espanha, por exemplo, cita-se a “*atención temprana*”, cuja assistência volta-se para a criança de zero a seis anos, seus familiares e sua rede escolar. Dentre os compromissos assumidos pelo Serviço está a intervenção à família da criança com desenvolvimento atípico, que atua no acolhimento a estas famílias, oferecendo informações quanto ao desenvolvimento dos filhos, instrumentalizando-as diante das características infantis.

Em Portugal, por sua vez, as políticas públicas de atenção às crianças com desenvolvimento atípico têm dedicado esforços a fim de garantir assistência promotora ao desenvolvimento infantil. Cita-se o Decreto-Lei 281/2009 que define como critério de elegibilidade à assistência, que as crianças assistidas devam ter até seis anos de idade, desenvolvimento atípico, estendendo a assistência as suas famílias. Nestes aspectos, Programas de Intervenção Precoce (IP) têm sido implementados, cuja atenção não está centrada somente nas crianças e suas alterações desenvolvimentais, mas fundamentalmente em todo seu contexto social, incluindo-se principalmente o familiar.

Desse modo, percebe-se que a família tem sido diretamente considerada na implementação das políticas, por entender-se que elas constituem elemento fulcral para o desenvolvimento infantil. O Brasil, que tem característica signatária de muitas das ações desenvolvidas pelas políticas públicas internacionais, ainda carece de políticas nacionais mais consistentes acerca do assunto, principalmente porque o foco ainda está centrado na “deficiência” e no “deficiente”, e não em seus contextos. A exemplo destas políticas nacionais, cita-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC- Portaria nº1.130) do Ministério da Saúde (Brasil, 2015) que prevê, dentre muitas ações direcionadas à criança e a sua saúde física, porém de modo discreto, orientações e assistência ao seu contexto familiar.

Chama-se a atenção para uma característica peculiar presente nestas políticas públicas internacionais e nacionais, quanto à etapa do desenvolvimento infantil ora assistida pelas mesmas. Percebe-se que há uma padronização quanto à faixa etária assistida (primeira infância), sem estender sua atenção às crianças com idades mais avançadas de desenvolvimento, e suas famílias. Entretanto, tão importante quanto garantir à atenção ou intervenção de forma precoce, nos primeiros anos de vida, estas intervenções devem agir em todo ciclo vital, como uma constante.

Neste sentido, apresenta-se a tese que a implementação de programas de intervenção junto às famílias pode potencializar o estabelecimento de relações coparentais positivas, e aumentar os níveis de auto-eficácia parental ao longo do ciclo vital. Logo, ressalta-se que o estabelecimento de boas relações, e o aumento do senso de competência parental, são fatores fundamentais ao desenvolvimento saudável na infância, na adolescência e na vida do adulto atípico, e aos seus respectivos cuidadores, já que hoje a expectativa de vida das crianças com deficiência é maior do que já fora no passado.

Neste aspecto, os dados provenientes das investigações realizadas nos microssistemas familiares, e nas Instituições de atendimento médico e escolar de atenção ao desenvolvimento

infantil, são importantes para clarificar as características destes sistemas, identificando quais as reais necessidades que podem ser contempladas pelas políticas de atenção à saúde e ao desenvolvimento. Dessa forma, os dados apresentados pelos estudos componentes desta tese, mostraram estatisticamente a relação entre crianças com PC pobres, maiores de seis anos, e a baixa coparentalidade e auto-eficácia dos seus cuidadores. Assim, pergunta-se como estas pessoas com baixa coparentalidade e percepção diminuída de suas competências parentais, vivenciando potencial risco de vulnerabilidade social devido à pobreza, podem garantir qualidade ao desenvolvimento de seus filhos com deficiência, e a si próprios?

A partir do que foi aqui apresentado, sugere-se que outras pesquisas deem continuidade às investigações acerca das relações coparentais estabelecidas em famílias atípicas, focando seus objetivos em aspectos que não foram contemplados pelo presente estudo. Assim, sugere-se que sejam feitas observações e análises dos reais impactos causados pela baixa coparentalidade e auto-eficácia sobre o desenvolvimento das crianças atípicas, e seus cuidadores, a fim de assegurar-lhes políticas de assistências focais sobre suas reais necessidades, garantindo-lhes relações intrafamiliares de melhor qualidade, e um desenvolvimento saudável.

Observando-se o que está preconizado no Guia Prático do Cuidador, documento produzido pelo Ministério da Saúde no Brasil (Brasil, 2008, p. 11) “com a finalidade de evitar o estresse, o cansaço, e permitir que o cuidador tenha tempo, dentre outras coisas, de se autocuidar, é importante que haja a participação de outras pessoas para a realização dos cuidados”. Assim, espera-se que mostrar a baixa coparentalidade e auto-eficácia parental dos cuidadores participantes do presente estudo, ajude na implementação de políticas públicas de atenção à saúde dos cuidadores, e das pessoas por eles cuidadas, a fim de implementar intervenções centradas nas famílias, que neste estudo são constituídas por crianças com PC e seus cuidadores, possibilitando qualidade às relações familiares em busca de um padrão

coparental verdadeiramente positivo e, conseqüentemente melhor percepção na auto-eficácia parental, saúde e qualidade de vida.

Referências Gerais

- Alves de Oliveira, A. I. (2010). *Integrando tecnologias para leitura em crianças com paralisia cerebral na educação inclusiva*. (Tese de Doutorado), Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Augustin, D. & Frizzo, G. B. (2015). A coparentalidade ao longo do desenvolvimento dos filhos: estabilidade e mudança no 1º e 6º ano de vida. *Interação Psicológica*, 19, 13-24. Recuperado em <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/29239/29067>.
- Azinhiero, L. (2012). *Coparentalidade e desenvolvimento de competências sócioemocionais em crianças do 1º ciclo do ensino básico*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bussab, W.O., & Morettin, P.A. (2011). *Estatística Básica*. São Paulo: Editora Saraiva,
- Barbosa, A. P. A., Zampa, I. N., Iwabe, C., & Diz, M. A. R. (2012). Relações de sobrecarga do cuidador, perfil funcional e qualidade de vida em crianças com paralisia cerebral. *Revista Neurociência*, 20 (3), 367-371. Recuperado em <http://www.revistaneurociencias.com.br>.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., & Paneth, N. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 571-576. Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16108461>.
- Brasil, (2013). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Consultado em 28 de novembro de 2014. Recuperado em <http://www.ibge.gov.br>.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2005).
- Camargos, A. C. R., Lacerda, T. T. B., Viana, S., Pinto, L. R. A., & Fonseca, M. L. S. (2009). Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças com paralisia cerebral através da escala Burden Interview. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9 (1), 31-37. doi: 10.1590/S1519-38292009000100004.
- Carvalho, T. R., & Barham, E. J. (2016). Instrumentos para avaliar a coparentalidade: uma comparação de suas propriedades psicométricas. *Avaliação Psicológica*, 15 (2), 207-205. doi: 10.15689/ap.2016.1502.09.
- Cole, M., & Cole, S. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artmed.
- Coleman, P. K, & Karraker, K. H. (1987). Self-Efficacy and Paternal Quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18:47-85. doi: 10.1006/drev.1997.0448.

- Costa, A. R. R.J. (2010). *Auto-eficácia e sobrecarga nos prestadores de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde* (Tese de Doutorado). Faculdade de Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Delvecchio, E., Sciandra, A., Finos, L., Mazzeschi, C., & Riso, D. D. (2015). The role of coparenting alliance as a mediator between trait anxiety, family system maladjustment, and parenting stress in a sample of non-clinical Italian parents. *Frontiers in Psychology*, 6, 1177. doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01177.
- De Souza, P. B. M., Pontes, F. A. R., Ramos, M. S., & Silva, S. S. C. (no prelo). Coparentalidade: um estudo de revisão sistemática de literatura.
- Díaz, F. R., & López, F. J. B. (2007). *Bioestatística*. Paulo: Thomson Learning.
- Dos Santos, A. F. (2014). Paralisia cerebral: uma revisão sistemática de literatura. *Montes Claros*, 16 (2). Recuperado em <http://www.ruc.unimontes.br/index>.
- Einsensfeld, P., & Mosmann, C. (2014). Conjugalidade, coparentalidade e parentalidade: repercussões em sintomas internalizantes e externalizantes de crianças e adolescentes. *XXVI Salão de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Fávero, L., Belfiore, P., Silva, F., & Chan, B.(2009). *Análise dos Dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Elsever.
- Feinberg, M. (2003): The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting*, 3, 95-131. doi: 10.1207/S15327922PAR0302_01.
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M., & Santos, A. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 2, 145-156. doi.org/10.14417/ap.854.
- Franco, V. (2004). *Os ursos de peluche do professor. Psicanálise, educação e valor tradicional dos meios educativos*. Porto: Edições Aforntamento.
- Franco, V. (2015). *Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da Criança com a família, na comunidade, em equipe*. Porto: Edições Aloendro.
- Freitas, H. R. M., Silva, S. S. C., & Pontes, F. A. R. (2012). Percepção de conflito em uma família recasada constituída por um filho com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18, 27-33. doi: 0.1590/S1413-65382012000100011.
- Frizzo, G. B., Kreutz, C., Schmidt, C., Piccinini, C. A., & Bosa, C. A. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para pesquisa e a clínica. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15, 84-94. Recuperado em <http://pepsic.bvsalud.org>.
- Gersh, E. (2008). O que é paralisia cerebral? In. E. Gerallis (Org.). *Crianças com paralisia cerebral: um guia para pais e educadores*, (pp. 15-34). Porto Alegre: Artmed.

- Hardesty, J. L., Crossman, K. A., Khaw, L., & Raffaelli, M. (2016). Marital Violence and Coparenting Quality after Separation. *Journal of Family Psychology*, 30, 320-330. doi.org/10.1037/fam0000132.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Hair Jr., J.F., Anderson, R.E., Tathan, R.L.; Black, W.C. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Lattin, J., Carroll, L. D., & Green, P. E. (2001). *Análise de Dados Multivariados*. São Paulo: Cengage Learning.
- Lamela, D. Nunes-Costa, R. & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 15, 205-216. doi: 10.1590/S1413-73722010000100022.
- Lamela, D., Figueiredo, B. & Bastos, A. (2010). Adaptação ao divórcio e relações coparentais: contributos da teoria da vinculação. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 23, 562-574. doi: 10.1590/S0102-79722010000300017.
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2016). Coparentalidade após a dissolução conjugal e saúde mental das crianças: uma revisão sistemática, *Jornal de Pediatria*, 92 (4), 331-342. doi: 10.1016/j.jped.2015.09.011
- Lima-Brito, J. S., Tavernard, E.P.M., Magalhães, C.C., & Pontes, F.A.R. (2015). O conceito de nicho de desenvolvimento sob uma perspectiva gerontológica. *Revista Kairós Gerontologia*, 18 (3), 213-226. Recuperado em <http://revistas.pucsp.br/index>.
- Margolin, G. (1992). Marital conflict is not marital conflict is not marital conflict. In R. de V. Peters and R. McMahon (Eds.), *Social learning and systems approaches to marriage and the family*, (pp. 193-216). New York: Brunner/Mazel.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15, 3-21. Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com a Utilização do SPSS*. Lisboa: Lisboa.
- Minuchin, S. (1998). Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 397-403. doi: 10.1177/0143034309360436.
- Meunier, J., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a self-report measure. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 495-511. doi: 10.1007/s10826-008-9252-8.
- Parent, J., Jones, D. J., Forehand, R., Cuellar, J., & Shoulberg, E. K. (2013). The role of coparents in african american single -mother families: The indirect effect of coparent identity on youth psychosocial adjustment. *Journal of Family Psychology*, 27 (2), 252.

- Pasinato, L. & Mosmann, C. (2016). Transição para a parentalidade e a coparentalidade: casais que os filhos ingressaram na escola ao término da licença-maternidade. *Avances en Psicología latinoamericana*, 34 (1), 129-142. doi: 10.12804/apl34.1.2016.09.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Prati, L. E., & Koller, S. H. (2011). Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade: perspectiva da psicologia positiva. *Psicologia Clínica*, 23 (1), 103-118. doi: org/10.1590/S0103-56652011000100007.
- Oliveira, A. L. B.(2014). *Coparentalidade em famílias de filhos com deficiência*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Ribeiro, M. F. M., Sousa, A. L. Vandenberghe, L., P., & Porto, C. C. (2016). Paralisia cerebral: faixa etária e gravidade do comprometimento do filho modificam o estresse e o enfrentamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (10), 3203-3212. doi: 10.1590/1413-812320152110.17352016.
- Ribeiro, M. F. M., Porto, C. C., & Vandenberghe, L., P. (2013). Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (6), 1705-1715. doi: 10.1590/S1413-81232013000600022.
- Ramos, E. M. L. S., Almeida, S. S. & Araújo, A. R. (Orgs.) (2008). *Segurança Pública: Uma abordagem Estatística e Computacional*. Belém: Edufpa.
- Ramos, F. R. F. (2016). *O impacto da partilha social, da auto-eficácia e da literacia em saúde no bem-estar dos cuidadores de crianças e jovens com paralisia cerebral* (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona Lisboa, Portugal. Retirado de <http://www.ulusofona.pt/epcv>
- Rosenbaum, P. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x.
- Sifuentes, M., & Bosa, C. A. (2010). Criando pré-escolares com autismo: características e desafios da coparentalidade. *Psicologia Estudos*, 15, 477-485. doi: 10.1590/S1413-73722010000300005.
- Schmidt, C. (2004). *Estresse, auto-eficácia e o contexto de adaptação familiar à enfermidade crônica de mães de portadores de transtornos globais do desenvolvimento* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Schmidt, C. (2008). *Coparentalidade em famílias de adolescentes com autismo e comportamento agressivo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Souza, A. C. B. & Féres-Carneiro, T., (2008). *Se ele é artilheiro, eu também quero sair do banco: um estudo sobre a coparentalidade homossexual* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Song, J. H., & Volling, B. L. (2015). Coparenting and Children's Temperament Predict Firstborns' Cooperation in the Care of an Infant Sibling. *Journal of Family Psychology*, 29(1),130-135. doi: 10.1037/fam0000052.
- Super, C. M., Harkness, S. (1986). The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal Behavior*. 9, 545-569. doi: 10.1177/016502548600900409.
- Tabaquin, M. L. M., Vieira, R .G. S., & Ciasca, S.M. (2015). Autoeficácia de cuidadores de crianças com o transtorno do espectro autista. *Revista Psicopedagogia*, 32, 285-292.
- Van Egeren, L. A., & Hawkins, D.(2004). Coming to terms with coparenting: Implications of definitions and Measurement. *Journal of Adult Development*, 11, 165-178. doi: 1068-0667/04/0700-0165/0.
- Venâncio, A. B. (2015). Envolvimento paterno, coparentalidade e equilíbrio trabalho-família: um estudo correlacional (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Anexos e Apêndices

Anexo 1**Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - ICS/	
--	---

Continuação do Parecer: 473.140

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
O projeto tem os objetivos de melhorar as relações com os pacientes envolvidos na pesquisa. Produzir conhecimentos para dar melhor subsídios de atuação da equipe multiprofissional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Os termos apresentados nesta 2ª versão, contemplam os requeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Diante do exposto somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 29 de Novembro de 2013

Assinador por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.			
Bairro: Campus Universitário do Guamá		CEP: 66.075-110	
UF: PA	Município: BELEM		
Telefone: (91)3201-7735	Fax: (91)3201-8028	E-mail: cepccs@ufpa.br	

Página 02 de 02

Anexo 2

Carta de aceite da coordenação acadêmica e coordenadoria de pesquisa e Pós-Graduação, e pela coordenadora do serviço de crescimento e desenvolvimento Infantil



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA
COORDENAÇÃO ACADÊMICA



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

**À Coordenação Acadêmica e Coordenadoria de Pesquisa e Pós-Graduação
do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza/UFGPA**

Eu, Prof. Dra. Isabel Cristina Neves, Coordenadora do Serviço de Crescimento e Desenvolvimento Infantil do HUBFS, informo que estou ciente e concordo que o projeto de pesquisa intitulado **“Saúde de famílias com crianças com paralisia cerebral: uma investigação da rede de apoio, do estresse familiar, resiliência e relações coparentais”**, de autoria de Priscilla Bellard Mendes de Souza, Tatiane Afonso e Katiane Cunha sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Augusto Ramos Pontes seja executado no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS).

Portanto, autorizo a realização dos trabalhos relacionados a este projeto, na consulta dos prontuários no setor, considerando que estará de acordo com as normas desta instituição e será iniciado apenas após apresentação da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Belém, 20 / 08 / 2013


Dra. Isabel Cristina Neves de Souza
Coordenadora do Serviço de Crescimento e Desenvolvimento Infantil

Anexo 3

GMFCS – Escala de classificação da função motora grossa



CanChild Centre for Childhood Disability Research
 Institute for Applied Health Sciences, McMaster University,
 1400 Main Street West, Room 408, Hamilton, ON, Canada L8S 1C7
 Tel: 905-525-9140 ext. 27850 Fax: 905-522-6095
 E-mail: canchild@mcmaster.ca Website: www.canchild.ca

GMFCS – E & R
Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
Ampliado e Revisto

GMFCS - E & R © 2007 CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University
 Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston

GMFCS © 1997 CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University
 Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi
 (Reference: Dev Med Child Neurol 1997;39:214-223)

GMFCS – E & R © Versão Brasileira
 Traduzido por: Daniela Baleroni Rodrigues Silva, Lúcia Lara Pfeiffer e Carolina Araújo Rodrigues Funayama (Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Ciências do Comportamento - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo)

INTRODUÇÃO E INSTRUÇÕES AO USUÁRIO

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) para paralisia cerebral é baseado no movimento iniciado voluntariamente, com ênfase no sentar, transferências e mobilidade. Ao definirmos um sistema de classificação em cinco níveis, nosso principal critério é que as distinções entre os níveis devam ser significativas na vida diária. As distinções são baseadas nas limitações funcionais, na necessidade de dispositivos manuais para mobilidade (tais como andadores, muletas ou bengalas) ou mobilidade sobre rodas, e em menor grau, na qualidade do movimento. As distinções entre os Níveis I e II não são tão nítidas como a dos outros níveis, particularmente para crianças com menos de dois anos de idade.

O GMFCS ampliado (2007) inclui jovens entre 12 e 18 anos de idade e enfatiza os conceitos inerentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (CIF). Nós sugerimos que os usuários estejam atentos ao impacto que os fatores ambientais e pessoais possam ter sobre o que se observa sobre as crianças e jovens ou no que eles relatam fazer. O enfoque do GMFCS está em determinar qual nível melhor representa as habilidades e limitações na função motora grossa que a criança ou o jovem apresentam. A ênfase deve estar no desempenho habitual em casa, na escola e nos ambientes comunitários (ou seja, no que eles fazem), ao invés de ser no que se sabe que eles são capazes de fazer melhor (capacidade). Portanto, é importante classificar o desempenho atual da função motora grossa e não incluir julgamentos sobre a qualidade do movimento ou prognóstico de melhora.

O enfoque de cada nível é o método de mobilidade que é mais característico no desempenho após os 6 anos de idade. As descrições das habilidades e limitações funcionais para cada faixa etária são amplas e não se pretende descrever todos os aspectos da função da criança/jovem individualmente. Por exemplo, um bebê com hemiplegia que é incapaz de engatinhar sobre suas mãos e joelhos, mas que por outro lado se encaixa na descrição do Nível I (ou seja, é capaz de buxar-se para ficar em pé e andar) seria classificada no nível I. A escala é ordinal, sem intenção de que as distâncias entre os níveis sejam consideradas iguais entre os níveis ou que as crianças e jovens com paralisia cerebral sejam igualmente distribuídas nos cinco níveis. Um resumo das distinções entre cada par de níveis é fornecido para ajudar na determinação do nível que mais se assemelha à função motora

© 2007 CanChild page 1 of 6

grossa atual da criança ou do jovem.

Nós reconhecemos que as manifestações da função motora grossa sejam dependentes da idade, especialmente durante a lactância e primeira infância. Para cada nível são fornecidas descrições separadas em diferentes faixas etárias. Deve-se considerar a idade corrigida de crianças com menos de 2 anos de idade se elas forem prematuras. As descrições para faixa etária de 6 a 12 anos e de 12 a 18 anos de idade refletem o possível impacto dos fatores ambientais (por exemplo, distâncias na escola e na comunidade) e fatores pessoais (por exemplo, necessidades energéticas e preferências sociais) nos métodos de mobilidade.

Um esforço foi feito para enfatizar as habilidades ao invés das limitações. Assim, como princípio geral, a função motora grossa das crianças e jovens que são capazes de realizar funções descritas em certo nível será provavelmente classificada neste nível de função ou em um nível acima; ao contrário, a função motora grossa de crianças e jovens que não conseguem realizar as funções de certo nível devem ser classificadas abaixo daquele nível de função.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Andador de apoio corporal – um dispositivo de mobilidade que apoia a pelve e o tronco. A criança/jovem é fisicamente posicionada (o) no andador por outra pessoa.

Dispositivo de mobilidade manual – bengalas, muletas e andadores anteriores e posteriores que não apoiam o tronco durante a marcha.

Assistência física - Outra pessoa ajuda manualmente a criança/o jovem a se mover.

Mobilidade motorizada – A criança/o jovem controla ativamente o joystick ou o interruptor elétrico que permite uma mobilidade independente. A base de mobilidade pode ser uma cadeira de rodas, um scooter ou outro tipo de dispositivo de mobilidade motorizado.

Cadeira de rodas manual de auto-propulsão – a criança/o jovem utiliza os braços e as mãos ou os pés ativamente para impulsionar as rodas e se mover.

Transportado – Uma pessoa manualmente empurra o dispositivo de mobilidade (por exemplo, cadeira de rodas, caminho de bebê ou de passeio) para mover a criança/ jovem de um lugar ao outro.

Andar – A menos que especificado de outra maneira, indica nenhuma ajuda física de outra pessoa, ou uso de qualquer dispositivo de mobilidade manual. Uma órtese (ou seja, uma braçadeira ou tala) pode ser usada.

Mobilidade sobre rodas – Refere-se a qualquer tipo de dispositivo com rodas que permite movimento (por exemplo, caminho, cadeira de rodas manual ou motorizada).

CARACTERÍSTICAS GERAIS PARA CADA NÍVEL

NÍVEL I – Anda sem limitações

NÍVEL II – Anda com limitações

NÍVEL III – Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade

NÍVEL IV – Auto-mobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada.

NÍVEL V – Transportado em uma cadeira de rodas manual.

DISTINÇÕES ENTRE OS NÍVEIS

Distinções entre os níveis I e II – crianças e jovens do nível II, quando comparados às crianças e jovens do nível I, têm limitações para andar por longas distâncias e equilibrar-se; podem precisar de um dispositivo manual de mobilidade ao aprender a andar; podem utilizar um dispositivo com rodas quando caminham por longas distâncias em espaços externos e na comunidade; requerem o uso de corrimão para subir e descer escadas; e não são capazes de correr e pular.

Distinções entre os níveis II e III – As crianças e os jovens no nível II são capazes de andar sem um dispositivo manual de mobilidade depois dos quatro anos de idade (embora possam optar por utilizá-lo às vezes). As crianças e os jovens do nível III precisam de um dispositivo manual de mobilidade para andar em espaços internos e o uso de mobilidade sobre rodas fora de casa e na comunidade.

Distinções entre os níveis III e IV – as crianças e jovens que estão no nível III sentam-se sozinhos ou requerem no máximo um apoio externo limitado para sentar-se; eles são mais independentes nas transferências para a postura em pé e andam com um dispositivo manual de mobilidade. As crianças e jovens no nível IV sentam-se (geralmente apoiados), mas a autolocomoção é limitada. É mais provável que as crianças e jovens no Nível IV sejam transportadas em uma cadeira de rodas manual ou que utilizem a mobilidade motorizada.

Distinções entre os Níveis IV e V – As crianças e jovens no Nível V têm graves limitações no controle da cabeça e tronco e requerem tecnologia assistiva ampla e ajuda física. A autolocomoção é conseguida apenas se a criança/jovem pode aprender como operar uma cadeira de rodas motorizada.

Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – Ampliado e Revisto (GMFCS – E & R)

ANTES DO ANIVERSÁRIO DE 2 ANOS

NÍVEL I: Bebês sentam-se no chão, mantêm-se sentados e deixam esta posição com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os bebês engatinham (sobre as mãos e joelhos), puxam-se para ficar em pé e dão passos segurando-se nos móveis. Os bebês andam entre 18 meses e 2 anos de idade sem a necessidade de aparelhos para auxiliar a locomoção.

NÍVEL II: Os bebês mantêm-se sentados no chão, mas podem necessitar de ambas as mãos como apoio para manter o equilíbrio. Os bebês rastejam em prono ou engatinham (sobre mãos e joelhos). Os bebês podem puxar-se para ficar em pé e dar passos segurando-se nos móveis.

NÍVEL III: Os bebês mantêm-se sentados no chão quando há apoio na parte inferior do tronco. Os bebês rolam e rastejam para frente em prono.

NÍVEL IV: Os bebês apresentam controle de cabeça, mas necessitam de apoio de tronco para sentarem-se no chão. Os bebês conseguem rolar para a posição supino e podem rolar para a posição prono.

NÍVEL V: As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento. Os bebês são incapazes de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco em prono e sentados. Os bebês necessitam da assistência do adulto para rolar..

ENTRE O SEGUNDO E O QUARTO ANIVERSÁRIO

NÍVEL I: As crianças sentam-se no chão com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e levantar-se do chão são realizadas sem assistência do adulto. As crianças andam como forma preferida de locomoção, sem a necessidade de qualquer aparelho auxiliar de locomoção.

NÍVEL II: As crianças sentam-se no chão, mas podem ter dificuldades de equilíbrio quando ambas as mãos estão livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e deixar a posição sentada são realizados sem assistência do adulto. As crianças puxam-se para ficar em pé em uma superfície estável. As crianças engatinham (sobre mãos e joelhos) com padrão alternado, andam de lado segurando-se nos móveis e andam usando aparelhos para auxiliar a locomoção como

forma preferida de locomoção.

NÍVEL III: As crianças mantêm-se sentadas no chão frequentemente na posição de W (sentar entre os quadris e os joelhos em flexão e rotação interna) e podem necessitar de assistência do adulto para assumir a posição sentada. As crianças rastejam em prono ou engatinham (sobre as mãos e joelhos), frequentemente sem movimentos alternados de perna, como métodos principais de auto-locomoção. As crianças podem puxar-se para levantar em uma superfície estável e andar de lado segurando-se nos móveis por distâncias curtas. As crianças podem andar distâncias curtas nos espaços internos utilizando um dispositivo manual de mobilidade (andador) e ajuda de um adulto para direcioná-la e girá-la.

NÍVEL IV: As crianças sentam-se no chão quando colocadas, mas são incapazes de manter alinhamento e equilíbrio sem o uso de suas mãos para apoio. As crianças frequentemente necessitam de equipamento de adaptação para sentar e ficar em pé. A auto-locomoção para curtas distâncias (dentro de uma sala) é alcançada por meio do rolar, rastejar em prono ou engatinhar sobre as mãos e joelhos sem movimento alternado de pernas.

NÍVEL V: As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a capacidade de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas de função motora estão limitadas. As limitações funcionais do sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de equipamentos adaptativos e de tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm meios para se mover independentemente e são transportadas. Somente algumas crianças conseguem a autolocomoção utilizando uma cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

ENTRE O QUARTO E O SEXTO ANIVERSÁRIO

NÍVEL I: As crianças sentam-se na cadeira, mantêm-se sentadas e levantam-se dela sem a necessidade de apoio das mãos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé sem a necessidade de objetos de apoio. As crianças andam nos espaços internos e externos e sobem escadas. Iniciam habilidades de correr e pular.

NÍVEL II: As crianças sentam-se na cadeira com ambas as mãos livres para manipular objetos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé, mas geralmente requerem uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se para cima com os membros superiores. As crianças andam sem a necessidade de um dispositivo manual de mobilidade em espaços internos e em curtas distâncias em espaços externos planos. As crianças sobem escadas segurando-se no corrimão, mas são incapazes de correr e pular.

NÍVEL III: As crianças sentam-se em cadeira comum, mas podem necessitar de apoio pélvico e de tronco para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira usando uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se para cima com seus braços. As crianças andam com um dispositivo manual de mobilidade em superfícies planas e sobem escadas com a assistência de um adulto. As crianças frequentemente são transportadas quando percorrem longas distâncias e quando em espaços externos em terrenos irregulares.

NÍVEL IV: As crianças sentam em uma cadeira, mas precisam de um assento adaptado para controle de tronco e para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira com a ajuda de um adulto ou de uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se com seus braços. As crianças podem, na melhor das hipóteses, andar por curtas distâncias com o andador e com supervisão do adulto, mas tem dificuldades em virar e manter o equilíbrio em superfícies irregulares. As crianças são transportadas na comunidade. As crianças podem adquirir autolocomoção utilizando uma cadeira de rodas motorizada.

NÍVEL V: As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a habilidade para manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas da função motora estão limitadas. As limitações funcionais no sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de equipamento adaptativo e tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm como se movimentar independentemente e são transportadas. Algumas crianças alcançam autolocomoção usando cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

ENTRE O SEXTO E O DÉCIMO SEGUNDO ANIVERSÁRIO

Nível I: As crianças caminham em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. As crianças são capazes de subir e descer meio-fios e escadas sem assistência física ou sem o uso de corrimão. As crianças apresentam habilidades motoras grossas tais como correr e saltar, mas a velocidade, equilíbrio e a coordenação são limitados. As crianças podem participar de atividades físicas e esportes dependendo das escolhas pessoais e fatores ambientais.

Nível II: As crianças caminham na maioria dos ambientes. As crianças podem apresentar dificuldade em caminhar longas distâncias e de equilíbrio em terrenos irregulares, inclinações, áreas com muitas pessoas, espaços fechados ou quando carregam objetos. As crianças sobem e descem escadas segurando em corrimão ou com assistência física se não houver este tipo de apoio. Em espaços externos e na comunidade, as crianças podem andar com assistência física, um dispositivo manual de mobilidade, ou utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. As crianças têm, na melhor das hipóteses, apenas habilidade mínima para realizar as habilidades motoras grossas tais como correr e pular. As limitações no desempenho das habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitirem a participação em atividades físicas e esportes.

Nível III: As crianças andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade na maioria dos espaços internos. Quando sentadas, as crianças podem exigir um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para posição em pé requerem assistência física de uma pessoa ou uma superfície de apoio. Quando movem-se por longas distâncias, as crianças utilizam alguma forma de mobilidade sobre rodas. As crianças podem subir ou descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes, incluindo a auto-propulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

Nível IV: As crianças utilizam métodos de mobilidade que requerem assistência física ou mobilidade motorizada na maioria dos ambientes. As crianças requerem assento adaptado para o controle pélvico e do tronco e assistência física para a maioria das transferências. Em casa, as crianças movem-se no chão (rolar, arrastar ou engatinhar), andam curtas distâncias com assistência física ou utilizam mobilidade motorizada. Quando posicionadas, as crianças podem utilizar um andador de apoio corporal em casa ou na escola. Na escola, em espaços externos e na comunidade, as crianças são transportadas em uma cadeira de rodas manual ou utilizam mobilidade motorizada. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações que permitam a participação nas atividades físicas e esportes, incluindo a assistência física e/ou mobilidade motorizada.

Nível V: As crianças são transportadas em uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. As crianças são limitadas em sua habilidade de manter as posturas anti-gravitacionais da cabeça e tronco e de controlar os movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, o sentar, o levantar e/ou a mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. As transferências requerem assistência física total de um adulto. Em casa, as crianças podem se locomover por curtas distâncias no chão ou podem ser carregadas por um adulto. As crianças podem adquirir auto-mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com adaptações extensas para sentar-se e controlar o trajeto. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e em esportes, inclusive a assistência física e uso de mobilidade motorizada.

ENTRE O DÉCIMO SEGUNDO E DÉCIMO OITAVO ANIVERSÁRIO

Nível I: Os jovens andam em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. Os jovens são capazes de subir e descer meio-fios sem a assistência física e escadas sem o uso de corrimão. Os jovens desempenham habilidades motoras grossas tais como correr e pular, mas a velocidade, o equilíbrio e a coordenação são limitados. Os jovens podem participar de atividades físicas e esportes dependendo de escolhas pessoais e fatores ambientais.

Nível II: Os jovens andam na maioria dos ambientes. Os fatores ambientais (tais como terrenos irregulares, inclinações, longas distâncias, exigências de tempo, clima e aceitação pelos colegas) e preferências pessoais influenciam as escolhas de mobilidade. Na escola ou no trabalho, os jovens podem andar utilizando um dispositivo manual de mobilidade por segurança. Em espaços externos e na comunidade, os jovens podem utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. Os jovens sobem e descem escadas segurando em um corrimão ou com assistência física se não houver corrimão. As limitações no desempenho de habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes.

Nível III: Os jovens são capazes de caminhar utilizando um dispositivo manual de mobilidade. Os jovens no nível III demonstram mais variedade nos métodos de mobilidade dependendo da habilidade física e de fatores ambientais e pessoais, quando comparados a jovens de outros níveis. Quando estão sentados, os jovens podem precisar de um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para em pé requerem assistência física de uma pessoa ou de uma superfície de apoio. Na escola, os jovens podem auto-impulsionar uma cadeira de rodas manual ou utilizar a mobilidade motorizada. Em espaços externos e na comunidade, os jovens são transportados em uma cadeira de rodas ou utilizam mobilidade motorizada. Os jovens podem subir e descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes incluindo a auto-propulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

Nível IV: Os jovens usam a mobilidade sobre rodas na maioria dos ambientes. Os jovens necessitam de assento adaptado para o controle pélvico e do tronco. Assistência física de 1 ou 2 pessoas é necessária para as transferências.

© 2007 CanChild page 5 of 6

Os jovens podem apoiar o peso com as pernas para ajudar nas transferências para ficar em pé. Em espaços internos, os jovens podem andar por curtas distâncias com assistência física, utilizam a mobilidade sobre rodas, ou, quando posicionados, utilizam um andador de apoio corporal. Os jovens são fisicamente capazes de operar uma cadeira de rodas motorizada. Quando o uso de uma cadeira de rodas motorizada não for possível ou não disponível, os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes, inclusive a assistência física e/ou mobilidade motorizada.

Nível V: Os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. Os jovens são limitados em sua habilidade para manter as posturas anti-gravitacionais da cabeça e tronco e o controle dos movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, o sentar, o ficar de pé, e a mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. Assistência física de 1 ou 2 pessoas ou uma elevação mecânica é necessária para as transferências. Os jovens podem conseguir a auto-mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com adaptações extensas para sentar e para o controle do trajeto. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes incluindo a assistência física e o uso de mobilidade motorizada.

Anexo 4

Universidade de Lisboa
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

QUESTIONÁRIO da COPARENTALIDADE

Autores: Margolin, Gordis & John, 2001
Versão Portuguesa: Marta Pedro & M. Teresa Ribeiro, 2008

Versão Experimental

Instruções: Por favor, leia cada frase do questionário e pense com que frequência o seu marido/companheiro ou a sua mulher/companheira actua deste modo consigo. Depois de escolher a sua resposta, assinale-a com um círculo.

O meu marido / companheiro ... ou A minha mulher / companheira...		Nunca Raramente Às Vezes Normalmente Sempre				
1.	... conta-me muitas coisas acerca do nosso filho.	1	2	3	4	5
2.	... põe-me a par de tudo o que acontece durante o dia-a-dia do nosso filho.	1	2	3	4	5
3.	... fala muito bem de mim ao nosso filho.	1	2	3	4	5
4.	... pergunta a minha opinião sobre assuntos relacionados com o ser pai/ser mãe.	1	2	3	4	5
5.	... participa na resolução dos problemas disciplinares relacionados com o nosso filho.	1	2	3	4	5
6.	... diz coisas cruéis acerca de mim, ou que me magoam, em frente do nosso filho.	1	2	3	4	5
7.	... usa o nosso filho contra mim.	1	2	3	4	5
8.	... quando discutimos, tenta manipular o nosso filho para que este tome o partido de um de nós.	1	2	3	4	5
9.	... envia-me mensagens pelo nosso filho em vez de falar directamente comigo.	1	2	3	4	5
10.	... e eu temos regras diferentes no que diz respeito à alimentação, rotinas diárias, hora de ceitar ou trabalhos de casa do nosso filho.	1	2	3	4	5
11.	... e eu temos níveis diferentes de exigência relativamente ao comportamento do nosso filho.	1	2	3	4	5
12.	... discute comigo por causa do nosso filho.	1	2	3	4	5
13.	... concorda com as minhas decisões relativas à disciplina do nosso filho.	1	2	3	4	5
14.	... destrói, pouco a pouco, a minha posição de pai/mãe.	1	2	3	4	5

Apêndice A



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento

Inventário Sociodemográfico

***SOMENTE APLICAR COM O CUIDADOR PRINCIPAL DA CRIANÇA**

I. INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO

Aplicador: _____ Data ____/____/____

Questionário respondido por: (1) mãe (2) pai (3) responsável _____ (1) Materno
(2) Paterno

Ano de início do atendimento na instituição: _____

Frequência de atendimento por semana: _____

Contato _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR DA CRIANÇA (INCLUI-SE SOMENTE PAI, MÃE E IRMÃOS MESMO NÃO MORANDO NA CASA)

Nº	Nome	Idade	Gênero	Grau de parentesco	Cohabita	
1					S	N
2					S	N
3					S	N
4					S	N
5					S	N
6					S	N
7					S	N

III. CUIDADORES PRINCIPAIS

Cuidador Principal I

- 1.Nome:_____
- 2.Idade:_____
- 3.É cuidador de outra pessoa com alguma necessidade? (1) Sim Qual?_____ (2) Não Vínculo: _____
- 4.Situação civil: (1) casado (2) desquitado ou separado judicialmente (3) divorciado (4) viúvo (5) solteiro (6) União estável
- 5.Escolaridade: (1) sem instrução (2) fundamental incompleto (3) fundamental completo (4) Médio incompleto (5) médio completo (6) superior incompleto (7) superior completo.
- 6.Ocupação/local:_____
- 7.Religião:_____
- 8.Etnia auto relatada:_____
- 9.Naturalidade (estado):_____
- 10.Cidade onde mora:_____

Cuidador Principal II

- 1.Nome: _____
- 2.Grau de parentesco relatado: _____
- 3.Idade: _____
- 4.É cuidador de outra pessoa com alguma necessidade especial? (1) Sim Qual?_____ (2) Não
- 5.Situação civil: (1) casado (2) desquitado ou separado judicialmente (3) divorciado (4) viúvo (5) solteiro (6) União estável
- 6.Escolaridade: (1) sem instrução (2) fundamental incompleto (3) fundamental completo 7.(4) médio incompleto (5) médio completo (6) superior incompleto (7) superior completo
- 8.Ocupação/local:_____ religião:_____ 9.Etnia auto relatada: _____
- 10.Naturalidade (estado): _____
11. Cidade onde mora:_____

IV-CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS

Moradia: (1) Casa própria. Como adquiriu? _____ (2) casa alugada (3) casa cedida (4) outros: _____

Tipo de construção: (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Barro (4) Mista (5) Material reaproveitado (6) Outros _____

Tipo de piso: (1) madeira (2) lajota (3) cimento (4) barro/terra

Número de cômodos: _____ Quais: _____

Tem banheiro interno? (1) sim (2) não

Equipamentos e móveis: (1) Geladeira (2) Televisão (3) Rádio (4) Telefone fixo (5) Telefone celular (6) Microcomputador (7)

Microcomputador com acesso à internet (8) Motocicleta para uso particular (9) automóvel para uso particular

Características da rua: (1) asfalto (2) terra batida (3) paralelepípedo

No trecho da sua rua que a criança transita tem calçada? (1) Sim. (2) Não.

É regular? (1) Sim (2) Não

Veículo utilizado para transportar a criança: (1) coletivo (2) motocicleta (3) carro (4) bicicleta (5) van (6) barco (7) Outros.:

Abastecimento de água: (1) rede geral (2) poço artesiano (3) poço (4) rio/nascente

A Água recebe algum tipo de tratamento? (1) Sim. Qual? _____ (2) Não

Há coleta de lixo domiciliar: (1) Sim (2) Não

Destino do esgoto domiciliar: (1) Rede Pública (2) Céu aberto (3) Fossa

Renda Familiar Mensal: (1) sem rendimento (2) até 1 salário mínimo (3) mais de um a dois salários mínimos (4) mais de dois a três salários mínimos (5) mais de 3 a 5 salários mínimos (6) mais de 5 a 10 salários mínimos (7) mais de 10 a 20 salários mínimos (8) mais de 20 salários mínimos

Beneficiária de algum programa do governo? (1) Sim (2) Não

Se sim, quais? _____

19. Equipamentos comunitários próximos da residência: (1) Escola (2) Posto de saúde (3) Quadra de esportes (4) Clube (5) Centro Comunitário (6) Praça (7) Igreja (8) Posto policial (9) Outros _____

V- DADOS DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

Identificação _____ **Peso:** _____

1. Posição na prole: (1) 1º (2) 2º (3) 3º (4) 4º

2. Tipo de família: (1) casal sem filhos (2) casal com filhos (3) mulher sem cônjuge 3. com filhos (4) família recombinação (5) família extensa

4. Problemas de saúde associados? (1) Sim (2) Não Quais? _____

5. Plano de saúde complementar: (1) Sim Qual? _____ (2) Não

Histórico dos pais da criança

6. Tempo de união dos pais quando a criança nasceu: _____

7. Houve separação? (1) Sim. Que idade a criança tinha? _____ (2) Não

Se houve separação, mantém contato com os pais? (1) Sim. Frequência _____ (2) Não

8. Tem outro filho (a) com alterações de desenvolvimento? (1) sim. Qual? (2) não

Diagnóstico e Avaliação Motora Grossa

9. GMFCS: (a) Nível I (b) Nível II (c) Nível III (d) Nível IV (e) Nível V

10. Que profissional suspeitou que o seu filho pudesse ter paralisia cerebral? _____

11. Que idade a criança tinha quando diagnosticada: () 0 a 12 meses () 13 a 24 meses () 25 a 36 meses () 37 a 48 meses Quem recebeu a notícia: _____

12. Após o diagnóstico quanto tempo levou para iniciar o primeiro atendimento? _____

13. Quais profissionais fizeram os primeiros atendimentos: _____

14. Que profissionais realizam o atendimento atualmente (*registrar frequência*):

15. Causa da paralisia:

(1) pré-natal. O que ocorreu: _____

(2) perinatal. O que ocorreu: _____

(2) pós-natal. O que ocorreu: _____

(3) não sei

Escolaridade

16. Frequenta a escola: (1) Sim (2) Não

17. Tipo de escola frequentada: (1) pública (2) privada

18. Série: (1) Educação infantil (2) Ensino fundamental I (3) Ensino Fundamental II (4) Ensino Médio (5)

17. Participa do AEE: (1) Sim

(2) Não, por quê? _____

Apêndice B

Escala de Auto-eficácia

As perguntas a seguir têm por objetivo compreender o quanto você se sente confiante para manejar alguns problemas de comportamento do seu filho (a). Como exemplo, tomemos a situação que seu filho grita:

Responda "0" caso você não se sinta confiante para manejar com os gritos dele

Responda "1" caso você se sinta muito pouco confiante para manejar com os gritos dele

Responda "2" caso você se sinta um pouco confiante para manejar com os gritos dele

Responda "3" caso você se sinta confiante para manejar com os gritos dele

Responda "4" caso você se sinta muito confiante para manejar com os gritos dele

Responda "5" caso você se sinta bastante confiante para manejar com os gritos dele

COMPORTAMENTOS	Ocorreu no mês passado? (sim/não)	Pontue o quanto de confiança você se sente para manejar o comportamento (0-5)
1. Quando seu filho fica agitado para se comunicar		
2. Quando seu filho fica doente		
3. Quando você tem que alimentar seu filho		
4. Quando tem que sair sozinha com o seu filho		
5. Quando você tem que higienizar seu filho		
6. Quando tem que ficar sozinha em casa com seu filho		
7. Quando seu filho tem espasmos em casa		
8. Quando seu filho tem espasmos em público		
9. Quando seu filho chora em excesso em casa		
10. Quando seu filho chora em excesso em público		
11. Quando seu filho fica triste		
12. Quando seu filho tem convulsão		
13. Quando seu filho não consegue dormir a noite		
14. Quando seu filho não interage com outras pessoas		
15. Quando seu filho mostra-se irritado		

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Saúde de famílias com crianças com paralisia cerebral: uma investigação da rede de apoio, do estresse familiar, resiliência e relações coparentais

Esclarecimentos da Pesquisa: O presente projeto tem por objetivo geral investigar a saúde de famílias com crianças com paralisia cerebral sobre os parâmetros do estresse familiar, da resiliência, da rede de apoio e relações coparentais. Estes aspectos serão acessados através de instrumentos quantitativos e qualitativos. Além da investigação desses aspectos, será realizado uma intervenção no grupo de pais com o intuito de gerar redes de apoio e relações coparentais mais equilibradas. Na sequência, estes componentes serão reavaliados a fim de se verificar o impacto gerado pela intervenção. A sua participação permitirá a coleta de informações sobre opiniões e percepções com a aplicação de alguns instrumentos de pesquisa. As informações obtidas não acarretarão nenhum prejuízo ao participante, posto que as identidades não serão reveladas, estando este sujeito livre para colaborar ou não. A pesquisa está sendo desenvolvida pelas doutorandas em psicologia do desenvolvimento humano **Priscilla Bellard**, Tatiana Afonso, Katiane Cunha e Mayara Sideaux, pelas mestrandas Edmeire Tavernard e Cybelle Florêncio, e pelos acadêmicos em Psicologia e bolsistas de iniciação científica Vagner Cardoso, Carolina Moraes, Irlana França sob orientação da professora Dr^a Simone Souza da Costa Silva.

Ass. da Pesquisador/a

Ass. da Orientadora

E-mail:

Fone:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de informações. Belém, ____/____/____

Assinatura do participante

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFGPA) Complexo de
Sala de Aula/CCS – Sala 14 – Campus Universitário, no.
1, Guamá, CEP: 66.075-110 – Belém, Pará. Tel/Fax: 3201-8028,
E-mail: cepccs@ufpa.br

Apêndice D

Roteiro de Entrevista da Coparentalidade (NIEPED, 2006)

Nome:

Idade:

OBS: GRAVAR E DIGITAR EM TEMPO REAL.

PARENTALIDADE

1- como você descreve seu parceiro como pai/mãe/cuidador?

R=

RELACIONAMENTO COM O FILHO

2-Como é o relacionamento com seu filho?

R=

3- Quais as maiores dificuldades para lidar com ele no dia-a-dia?

R=

COMPARTILHAMENTO DE CUIDADOS

4- Vocês dividem as tarefas/responsabilidades relacionadas com seu filho?

R=

5- Como chegaram nessa divisão?

R=

6- Especifique algumas tarefas que são de responsabilidade de cada um.

R=

7- Como você se sente delegando estas tarefas para o seu parceiro?

R=

8- Vocês estão satisfeitos com esta divisão? Se não, o que mudariam?

R=

PRÁTICAS EDUCATIVAS/VALORES/EXPECTATIVAS

9- Vocês percebem diferenças entre vocês na forma de criar o seu filho?

R=

ENGAJAMENTO EM ATIVIDADES COM O SEU FILHO/A

10- Quais as atividades que cada um de vocês faz sozinho com o seu filho? Qual o tempo e frequência dessas atividades?

R=

ENGAJAMENTO EM ATIVIDADES COM A FAMÍLIA

11- Quais são as atividades que vocês três fazem juntos? Qual o tempo e a frequência dessas atividades?

R=

PERCEPÇÃO DO CONVÍVIO COM A FAMÍLIA

12- Qual a lembrança mais agradável que você têm como família?

R=

13- Como cada um de vocês imagina a vida ideal de uma família?

R=

14- O que vocês acham que poderia ser diferente?

R=

15- Vocês percebem mudanças no estilo de vida da família após o diagnóstico? Em que aspectos?

R= CONJUGALIDADE

16-Como é o relacionamento de vocês como casal?

R=

17-Vocês têm tempo exclusivo para vocês? O que costumam fazer?

R=

18- Vocês acham que houve alguma mudança na rotina de vocês depois do nascimento de seu filho/a? Se sim, como era antes?

R=

19- O que em geral causa mais conflito entre vocês no que concerne ao cuidado de seu filho?

R=.

20- Como vocês costumam resolver estes conflitos?

R=

21- Como você pode descrever o seu parceiro como cuidador? Quais características parentais você mais admira? Quais que você não admira?

R=

22- Você descreve a sua relação com seu marido mais conflitiva ou mais cooperativa?

R=

23- Como você se sente nesta relação?

Apêndice E

Estatísticas resultantes da ANCOR entre as variáveis

Variáveis	χ^2	<i>L</i>	<i>C</i>	β	% Inércia	<i>p</i>
Cooperação versus Gênero da Criança	4,79	2	2	3,79	100,00	0,029
Cooperação versus Fases da Vida do Cuidador	9,40	2	3	3,00	100,00	0,009
Cooperação versus Situação Civil do Cuidador	20,57	2	2	19,57	100,00	0,000
Cooperação versus Religião	19,76	2	2	18,76	100,00	0,000
Cooperação versus Salário	44,47	2	2	43,47	100,00	0,000
Cooperação versus Tipo de Família	49,78	2	2	48,78	100,00	0,000
Cooperação versus Idade da Criança	6,86	2	2	5,86	100,00	0,009
Triangulação versus Gênero da Criança	8,01	2	2	7,01	100,00	0,004
Triangulação versus Criança Frequenta Escola	17,96	2	2	16,96	100,00	0,000
Triangulação versus Situação Civil do Cuidador	69,21	2	2	68,21	100,00	0,000
Triangulação versus Escolaridade	15,91	2	2	14,91	100,00	0,000
Triangulação versus Religião	8,52	2	2	7,52	100,00	0,004
Triangulação versus Salário	26,41	2	2	25,41	100,00	0,000
Triangulação versus Tipo de Família	50,35	2	2	49,35	100,00	0,000
Triangulação versus Idade da Criança	35,20	2	2	34,20	100,00	0,000
Triangulação versus Posição do Filho na Prole	24,28	2	2	23,28	100,00	0,000
Conflito versus Criança Frequenta Escola	19,05	2	2	18,05	100,00	0,000
Conflito versus Fases da Vida do Cuidador	55,10	2	3	3,00	100,00	0,000
Conflito versus Situação Civil do Cuidador	57,14	2	2	56,14	100,00	0,000
Conflito versus Escolaridade	64,04	2	2	63,04	100,00	0,000
Conflito versus Salário	4,94	2	2	3,94	100,00	0,026
Conflito versus Idade da Criança	19,05	2	2	18,05	100,00	0,000
Conflito versus Posição do Filho na Prole	12,34	2	2	11,34	100,00	0,000
Auto Eficácia versus Gênero da Criança	15,51	2	2	14,51	100,00	0,000
Auto Eficácia versus Criança Frequenta Escola	19,05	2	2	18,05	100,00	0,000
Auto Eficácia versus Fases da Vida do Cuidador	39,98	2	3	3,00	100,00	0,000
Auto Eficácia versus Religião	7,12	2	2	6,12	100,00	0,008
Auto Eficácia versus Salário	44,47	2	2	43,47	100,00	0,000
Auto Eficácia versus Tipo de Família	12,44	2	2	11,44	100,00	0,000
Auto Eficácia versus Idade da Criança	61,71	2	2	60,71	100,00	0,000
Cooperação versus Conflito	12,44	2	2	11,44	100,00	0,000
Cooperação versus Auto Eficácia	91,68	2	2	90,68	100,00	0,000

Triangulação versus Conflito	149,68	2	2	148,68	100,00	0,000
Triangulação versus Auto Eficácia	5,99	2	2	4,99	100,00	0,014
Conflitos versus Auto Eficácia	6,35	2	2	5,35	100,00	0,012
Coparentalidade versus Gênero da Criança	15,51	2	2	14,51	100,00	0,000
Coparentalidade versus Criança Frequenta Escola	37,33	2	2	36,33	100,00	0,000
Coparentalidade versus Situação Civil do Cuidador	42,92	2	2	41,92	100,00	0,000
Coparentalidade versus Religião	38,74	2	2	37,74	100,00	0,000
Coparentalidade versus Salário	4,94	2	2	3,94	100,00	0,026
Coparentalidade versus Tipo de Família	28,00	2	2	27,00	100,00	0,000
Coparentalidade versus Idade da Criança	37,33	2	2	36,33	100,00	0,000
Coparentalidade versus GMFCS	13,71	2	2	12,71	100,00	0,000
Coparentalidade versus Cooperação	4,00	2	2	3,00	100,00	0,014
Coparentalidade versus Conflitos	20,57	2	2	19,57	100,00	0,000
Coparentalidade versus Quem Triangulação	28,98	2	2	27,98	100,00	0,000

Nota. χ^2 - Valor do Qui-quadrado; L – Número de Categorias da Variável Linha (Fases da Vida; Sexo; Escolaridade e Zona); C - Número de Categorias da Variável Coluna (Evolução do Caso); p – Nível Descritivo e β – Valor do Critério Beta.

Apêndice F

Resumo Estatístico dos Escores

Ordem	Escore Não Padronizados					Escore Padronizados				
	Cooperação	Conflitos	Triangulação	Coparentalidade	AEficácia	Coop_Z	Conf_Z	Triang_Z	Copar_Z	AEfic_Z
1	5,63	5,34	4,90	11,87	7,49	42,31	80,95	49,01	62,69	43,46
2	7,66	3,57	2,93	11,72	7,41	67,48	47,21	13,92	61,56	42,76
3	9,13	4,26	4,88	14,53	8,90	85,68	60,36	48,64	87,54	56,41
4	10,29	5,65	2,15	15,68	11,50	100,00	86,86	0,00	98,16	80,17
5	6,17	2,14	2,88	9,07	10,51	49,05	19,99	12,98	37,14	71,09
6	7,00	1,18	2,93	9,16	11,47	59,25	1,59	13,92	37,94	79,86
7	8,48	5,57	3,71	14,43	7,32	77,55	85,27	27,84	86,59	41,89
8	5,18	3,65	3,71	9,60	6,84	36,70	48,75	27,84	42,01	37,56
9	4,01	2,05	2,15	6,53	4,07	22,24	18,26	0,00	13,65	12,18
10	3,91	2,13	2,15	6,49	9,06	21,01	19,85	0,00	13,34	57,84
11	8,04	2,05	2,15	10,58	9,84	72,21	18,26	0,00	51,10	65,00
12	7,22	3,09	2,52	10,72	3,53	61,96	38,11	6,49	52,38	7,31
13	7,62	3,97	2,15	11,67	5,16	67,00	54,75	0,00	61,15	22,18
14	5,80	1,26	2,15	7,70	12,65	44,41	3,18	0,00	24,50	90,67
15	5,80	4,34	4,05	10,90	9,14	44,41	61,85	33,79	54,05	58,60
16	8,54	2,05	2,15	11,08	7,16	78,33	18,26	0,00	55,69	40,50
17	6,64	1,14	2,15	8,44	11,21	54,79	0,79	0,00	31,37	77,51
18	7,15	1,82	2,15	9,50	9,90	61,08	13,86	0,00	41,08	65,55
19	2,21	3,10	5,27	6,82	13,03	0,00	38,27	55,68	16,37	94,10
20	4,92	2,22	2,15	7,57	6,76	33,47	21,40	0,00	23,27	36,80
21	5,20	2,13	2,93	8,11	6,24	37,01	19,85	13,87	28,25	32,01
22	9,98	3,01	3,71	13,92	3,82	96,19	36,48	27,84	81,90	9,92
23	9,63	2,05	2,15	12,17	10,73	91,77	18,26	0,00	65,75	73,06
24	10,29	1,82	2,15	12,66	12,51	100,00	13,86	0,00	70,24	89,40
25	5,68	3,97	2,93	10,04	9,21	42,93	54,90	13,92	46,10	59,18
26	4,23	1,22	2,54	6,25	9,59	24,99	2,38	6,93	11,11	62,70
27	4,92	2,05	3,71	8,08	12,58	33,54	18,26	27,84	27,98	90,00
28	9,98	2,41	3,66	13,43	13,67	96,19	25,17	26,85	77,36	100,00
29	9,54	2,05	2,93	12,40	3,39	90,68	18,26	13,92	67,87	5,95
30	7,22	1,09	2,15	8,99	5,88	61,96	0,00	0,00	36,44	28,79
31	3,21	3,53	2,93	7,21	9,46	12,35	46,42	13,92	19,95	61,52
32	8,78	1,09	2,15	10,57	6,63	81,36	0,00	0,00	50,97	35,58
33	6,15	1,09	2,15	7,92	8,87	48,71	0,00	0,00	26,51	56,11
34	6,31	3,41	2,15	9,91	6,94	50,68	44,22	0,00	44,89	38,47
35	8,66	1,09	2,15	10,45	11,37	79,86	0,00	0,00	49,85	78,92
36	10,29	1,57	2,15	12,46	12,13	100,00	9,13	0,00	68,43	85,88
37	9,05	2,63	6,05	13,63	13,09	84,70	29,20	69,48	79,26	94,69
38	5,42	4,69	4,85	11,13	6,04	39,69	68,60	48,13	56,11	30,25
39	8,78	5,65	2,15	14,17	5,36	81,36	86,86	0,00	84,19	24,00
40	8,38	1,42	2,15	10,41	10,69	76,32	6,13	0,00	49,54	72,71

41	9,54	5,25	5,27	15,88	11,67	90,68	79,29	55,68	100,00	81,71
42	6,13	3,49	2,93	10,11	5,90	48,53	45,63	13,92	46,75	28,93
43	8,04	5,34	6,88	15,09	8,30	72,12	80,88	84,33	92,73	50,85
44	6,04	3,01	2,15	9,32	5,40	47,41	36,48	0,00	39,49	24,40
45	2,70	2,74	3,71	6,38	11,83	6,02	31,32	27,84	12,36	83,16
46	3,29	1,09	2,15	5,05	6,57	13,33	0,00	0,00	0,00	35,04
47	6,07	4,44	2,15	10,48	7,39	47,72	63,88	0,00	50,19	42,60
48	7,28	1,09	2,15	9,05	5,05	62,71	0,00	0,00	37,00	21,20
49	6,45	3,01	2,15	9,74	4,69	52,51	36,52	0,00	43,32	17,90
50	6,21	3,01	2,15	9,49	3,06	49,45	36,48	0,00	41,01	2,97
51	5,57	3,74	2,93	9,74	4,33	41,59	50,36	13,92	43,36	14,54
52	6,69	3,42	5,27	11,57	7,94	55,42	44,38	55,68	60,23	47,56
53	6,45	2,54	6,95	11,32	9,05	52,51	27,53	85,53	57,89	57,76
54	8,03	2,82	2,15	11,18	10,03	72,04	32,99	0,00	56,60	66,67
55	10,29	5,57	2,15	15,62	13,45	100,00	85,27	0,00	97,55	97,97
56	4,15	6,29	3,71	10,66	9,46	24,01	99,12	27,84	51,77	61,51
57	7,28	3,09	2,15	10,63	6,03	62,71	38,11	0,00	51,58	30,15
58	9,54	2,05	2,15	12,08	11,18	90,68	18,26	0,00	64,94	77,22
59	3,82	5,97	5,73	10,89	11,34	19,89	92,99	63,92	53,93	78,67
60	6,13	3,06	3,71	10,08	11,40	48,46	37,45	27,84	46,51	79,22
61	3,68	1,14	2,15	5,47	11,19	18,12	0,79	0,00	3,89	77,28
62	8,03	3,21	2,15	11,49	7,01	72,04	40,43	0,00	59,45	39,13
63	7,28	1,09	2,15	9,05	10,21	62,71	0,00	0,00	37,00	68,31
64	7,75	4,01	5,73	13,29	5,22	68,57	55,54	63,87	76,07	22,73
65	5,73	4,61	3,71	10,91	10,01	43,49	67,03	27,84	54,09	66,54
66	9,23	1,74	2,15	11,52	6,71	86,87	12,27	0,00	59,79	36,30
67	7,97	2,05	2,93	10,82	12,41	71,29	18,26	13,87	53,33	88,48
68	10,29	4,30	2,15	14,61	5,64	100,00	61,03	0,00	88,28	26,60
69	6,81	2,53	2,15	9,72	10,82	56,93	27,38	0,00	43,14	73,95
70	7,28	5,65	5,27	13,92	7,00	62,71	86,86	55,68	81,94	39,00
71	7,97	1,18	2,93	10,13	9,12	71,29	1,59	13,92	46,96	58,41
72	10,29	1,26	2,15	12,21	9,47	100,00	3,18	0,00	66,15	61,62
73	10,29	5,25	2,15	15,37	9,54	100,00	79,29	0,00	95,27	62,23
74	10,29	3,17	2,15	13,72	12,05	100,00	39,65	0,00	80,10	85,17
75	8,99	1,78	3,71	11,95	10,48	83,85	13,06	27,84	63,69	70,78
76	6,48	4,05	2,15	10,58	7,87	52,79	56,35	0,00	51,11	46,91
77	10,14	1,09	2,15	11,93	11,45	98,10	0,00	0,00	63,51	79,69
78	6,54	1,09	2,15	8,32	5,47	53,60	0,00	0,00	30,17	25,00
79	7,73	4,90	2,15	12,51	8,20	68,34	72,47	0,00	68,93	50,00
80	6,08	2,09	2,93	8,95	2,73	47,86	19,04	13,87	36,07	0,00
81	7,28	5,01	2,93	12,47	10,86	62,71	74,75	13,92	68,52	74,28
82	8,55	1,26	2,15	10,47	7,36	78,50	3,18	0,00	50,05	42,28
83	6,45	6,34	7,76	14,65	6,18	52,51	100,00	100,00	88,65	31,49
84	4,82	1,09	2,15	6,58	7,32	32,25	0,00	0,00	14,17	41,91
Média	7,13	2,97	3,05	10,75	8,57	60,85	35,77	15,95	52,64	53,32
D. Padrão	2,05	1,54	1,33	2,52	2,80	25,40	29,38	23,78	23,29	25,63

Mínimo	2,21	1,09	2,15	5,05	2,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1º Quartil	5,80	1,77	2,15	9,13	6,48	44,41	12,86	0,00	37,74	34,28
2º Quartil	7,22	2,78	2,15	10,64	8,98	61,96	32,16	0,00	51,67	57,08
3º Quartil	8,69	4,02	3,71	12,26	10,94	80,23	55,74	27,84	66,58	75,02
Máximo	10,29	6,34	7,76	15,88	13,67	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
CV%	28,79	51,88	43,73	23,48	32,72	41,74	82,12	149,06	44,25	48,07
Grupo 1	2,21 a 5,80	1,09 a 1,77	2,15 a 2,15	5,05 a 9,13	2,73 a 6,48	0 a 25%	0 a 25%	0 a 25%	0 a 25%	0 a 25%
Grupo 2	5,81 a 8,68	1,78 a 4,01	2,15 a 3,70	9,14 a 12,25	6,49 a 10,93	25 a 75%	25 a 75%	25 a 75%	25 a 75%	25 a 75%
Grupo 3	8,69 a 10,29	4,02 a 6,34	3,71 a 7,76	12,26 a 15,88	10,94 a 13,67	75 a 100	75 a 100	75 a 100	75 a 100	75 a 100

Apêndice G

Resíduos e Níveis de Confiança (entre parênteses), Resultantes da Aplicação da Técnica de Análise de Correspondência as Variáveis

Variável	Categoria	Cooperação		Triangulação		Conflito		Auto Eficácia	
		Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixo	Alto	Baixa	Alta
Gênero da Criança	Feminino	0,75(54,39)**	-1,29(0,00)	-1,02 (0,00)	1,66(90,24)*	$p = 0,189$		1,34(82,03)*	-2,32(0,00)
	Masculino	-0,80(0,00)	1,39(83,45)*	1,09(72,54)*	-1,78(0,00)			-1,44(0,00)	2,50(98,74)*
Criança Frequenta Escola	Sim	$p = 0,383$		-1,57(0,00)	2,55(98,93)*	-1,54(0,00)	2,67(99,25)*	1,54(87,72)*	-2,67(0,00)
	Não			1,57(88,31)*	-2,55(0,00)	1,54 (87,72)*	-2,67(0,00)	-1,54(0,00)	2,67(99,25)*
Fase da Vida do Cuidador	Jovem	1,07(71,42)*	-1,85(0,00)	$p = 0,410$		-2,59(0,00)	4,49(100,00)*	1,68(90,66)*	-2,91(0,00)
	Meia Idade	-0,96(0,00)	1,67(90,44)*			2,12(96,57)*	-3,67(0,00)	-0,19(0,00)	0,33(26,11)
	Maduros	-0,53(0,00)	0,93(64,55)**			1,60(89,12)*	-2,78(0,00)	-2,67(0,00)	4,63(100,00)*
Situação Civil do Cuidador	Solteiro	1,96(95,05)*	-3,40(0,00)	-3,77(0,00)	6,14(100,00)*	-3,27(0,00)	5,67(100,00)*	$p = 0,131$	
	Casado	-1,13(0,00)	1,96(95,05)*	2,18(97,05)*	-3,54(0,00)	1,89(94,12)*	-3,27(0,00)		
Escolaridade	Fundamental	$p = 0,374$		-1,33(0,00)	2,16(96,94)*	-2,55(0,00)	4,41 (100,00)*	$p = 0,374$	
	Médio			1,61(89,26)*	-2,62(0,00)	3,09(99,80)*	-5,35(0,00)		
Religião	Protestante	1,71(91,37)*	-2,97(0,00)	-1,18(0,00)	1,92(94,50)*	$p = 0,374$		-1,03(0,00)	1,78(92,53)*
	Católico	-1,41(0,00)	2,45(98,57)*	0,97(66,89)**	-1,58(0,00)			0,85(60,39)	-1,47(0,00)
Salário	1 a 1,99 SM	1,46(85,44)*	-2,52(0,00)	-1,17(0,00)	1,91(94,41)*	-0,49(0,00)	0,84(59,92)**	1,46(85,44)**	-2,52(0,00)

	2 a 5 SM	-3,00(0,00)	5,20 (100,00)*	2,42(98,45)*	-3,94(0,00)	1,00(68,27)**	-1,73(0,00)	-3,00(0,00)	5,20(100,00)*
Tipo de Família	Família Estendida	2,67(99,23)*	-4,62(0,00)	-2,81(0,00)	4,57(100,00)*	$p = 0,078$		-1,33(0,00)	2,31(97,91)*
	Família Nuclear	-2,31(0,00)	4,00(99,99)*	2,43(98,49)*	-3,96(0,00)			1,15(75,18)*	-2,00(0,00)
Idade da Criança	1 a 5 Anos	-0,93(0,00)	1,60(89,12)*	2,20(97,19)*	-3,58(0,00)	1,54(87,72)*	-2,67(0,00)	-2,78(0,00)	4,81(100,00)*
	6 a 12 Anos	0,93(64,55)**	-1,60(0,00)	-2,20(0,00)	3,58(99,97)*	-1,54(0,00)	2,67(99,25)*	2,78(99,45)*	-4,81(0,00)
Posição do Filho na Prole	Até o 3º Filho	$p = 0,242$		1,05(70,75)*	-1,71(0,00)	-0,72(0,00)	1,24(78,58)*	$p = 0,242$	
	4º ao 7º Filho			-2,35(0,00)	3,83(99,99)*	1,60(89,12)*	-2,78(0,00)		
GMFCS	Níveis 1 e 2 e 3	$p = 0,100$		$p = 0,549$		$p = 0,064$		$p = 0,064$	
	Níveis 4 e 5								

Nota. **Probabilidades moderadamente significativas, pois $50\% \leq \gamma \times 100 < 70\%$. *Probabilidades fortemente significativas, pois $\gamma \times 100 \geq 70\%$.

Apêndice H

Correlação de Pearson (r) e Nível de Descritivo (p) das Variáveis Relacionadas na Construção dos Índices

		Perguntas													
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
Auto Eficácia	P2	$r = 0,48$ $p = 0,023$													
	P3	$r = 0,29$ $p = 0,003$	$r = 0,25$ $p = 0,011$												
	P4	$r = 0,24$ $p = 0,016$	$r = 0,18$ $p = 0,054$	$r = 0,27$ $p = 0,006$											
	P5	$r = 0,32$ $p = 0,016$	$r = 0,25$ $p = 0,054$	$r = 0,33$ $p = 0,006$	$r = 0,27$ $p = 0,014$										
	P6	$r = 0,32$ $p = 0,001$	$r = 0,25$ $p = 0,011$	$r = 0,33$ $p = 0,001$	$r = 0,27$ $p = 0,007$	$r = 0,25$ $p = 0,010$									
	P7	$r = 0,30$ $p = 0,003$	$r = 0,23$ $p = 0,016$	$r = 0,20$ $p = 0,031$	$r = 0,27$ $p = 0,007$	$r = 0,27$ $p = 0,007$	$r = 0,19$ $p = 0,043$								
	P8	$r = 0,28$ $p = 0,005$	$r = 0,25$ $p = 0,012$	$r = 0,24$ $p = 0,014$	$r = 0,24$ $p = 0,013$	$r = 0,15$ $p = 0,080$	$r = 0,33$ $p = 0,001$	$r = 0,39$ $p = 0,000$							
	P9	$r = 0,47$ $p = 0,000$	$r = 0,40$ $p = 0,000$	$r = 0,28$ $p = 0,005$	$r = 0,28$ $p = 0,006$	$r = 0,15$ $p = 0,089$	$r = 0,20$ $p = 0,035$	$r = 0,36$ $p = 0,000$	$r = 0,45$ $p = 0,000$						
	P10	$r = 0,42$ $p = 0,000$	$r = 0,41$ $p = 0,000$	$r = 0,24$ $p = 0,015$	$r = 0,34$ $p = 0,001$	$r = 0,05$ $p = 0,339$	$r = 0,21$ $p = 0,030$	$r = 0,40$ $p = 0,000$	$r = 0,41$ $p = 0,000$	$r = 0,78$ $p = 0,000$					
		$r = 0,44$	$r = 0,40$	$r = 0,30$	$r = 0,37$	$r = 0,21$	$r = 0,34$	$r = 0,23$	$r = 0,60$	$r = 0,57$	$r = 0,54$				

		P11	$p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,003$ $p = 0,000$ $p = 0,027$ $p = 0,001$ $p = 0,016$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$													
		P12	$r = 0,30$ $r = 0,18$ $r = 0,09$ $r = 0,13$ $r = 0,04$ $r = 0,00$ $r = 0,28$ $r = 0,35$ $r = 0,32$ $r = 0,41$ $r = 0,30$ $p = 0,003$ $p = 0,049$ $p = 0,210$ $p = 0,119$ $p = 0,342$ $p = 0,492$ $p = 0,005$ $p = 0,001$ $p = 0,001$ $p = 0,000$ $p = 0,003$													
		P13	$r = 0,39$ $r = 0,38$ $r = 0,19$ $r = 0,14$ $r = 0,24$ $r = 0,16$ $r = 0,31$ $r = 0,38$ $r = 0,63$ $r = 0,61$ $r = 0,50$ $r = 0,45$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,040$ $p = 0,096$ $p = 0,014$ $p = 0,079$ $p = 0,002$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$													
		P14	$r = 0,30$ $r = 0,22$ $r = 0,07$ $r = 0,28$ $r = 0,17$ $r = 0,22$ $r = 0,34$ $r = 0,54$ $r = 0,70$ $r = 0,61$ $r = 0,48$ $r = 0,35$ $r = 0,50$ $p = 0,002$ $p = 0,021$ $p = 0,262$ $p = 0,005$ $p = 0,067$ $p = 0,022$ $p = 0,001$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,001$ $p = 0,000$													
		P15	$r = 0,39$ $r = 0,24$ $r = 0,09$ $r = 0,30$ $r = 0,28$ $r = 0,18$ $r = 0,37$ $r = 0,30$ $r = 0,53$ $r = 0,51$ $r = 0,44$ $r = 0,27$ $r = 0,52$ $r = 0,59$ $p = 0,000$ $p = 0,013$ $p = 0,200$ $p = 0,003$ $p = 0,005$ $p = 0,052$ $p = 0,000$ $p = 0,003$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,006$ $p = 0,000$ $p = 0,000$													
		P1	P2	P3	P4			P1	P2	P3				P1	P2	P3
Cooperação	P2	$r = 0,00$ $p = 0,386$				Conflito	P2	$r = 0,30$ $p = 0,386$				Triangulação	P2	$r = 0,00$ $r = 0,00$ $p = 0,386$ $p = 0,000$		
	P3	$r = 0,42$ $r = 0,41$ $p = 0,000$ $p = 0,000$					P3	$r = 0,00$ $r = 0,02$ $p = 0,386$ $p = 0,000$					P3	$r = 0,00$ $r = 0,00$ $r = 0,01$ $p = 0,002$ $p = 0,021$ $p = 0,000$		
	P4	$r = 0,00$ $r = 0,00$ $r = 0,01$ $p = 0,304$ $p = 0,223$ $p = 0,071$					P4	$r = 0,39$ $r = 0,24$ $r = 0,09$ $p = 0,424$ $p = 0,408$ $p = 0,000$					P4	$r = 0,30$ $r = 0,22$ $r = 0,07$ $p = 0,386$ $p = 0,000$ $p = 0,000$		
	P5	$r = 0,44$ $r = 0,40$ $r = 0,30$ $r = 0,37$ $p = 0,002$ $p = 0,021$ $p = 0,262$ $p = 0,005$					P5	$r = 0,00$ $r = 0,01$ $r = 0,20$ $r = 0,00$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$ $p = 0,000$								

Apêndice I

Tabela demonstrativa dos dados sociodemográficos dos cuidadores e crianças com PC

Variável	Frequência	%
Vínculo do cuidador primário com a criança com PC		
Mãe	74	88,1
Madrasta	1	1,2
Pai	2	2,4
Avó materna	3	3,6
Outros	4	4,8
Cuidador Secundário		
Pai	34	40,5
Avós	19	22,6
Irmãos	5	6,0
Outros	26	30,9
Situação Civil		
Casado	63	75,0
Solteiro	21	25,0
Escolaridade		
Sem instrução	1	1,2

Ens. Fundamental	29	34,5
Ens. Médio	48	57,1
Ens. Superior	6	7,2
Ocupação principal		
Do lar	67	80,0
Outros	17	20,0
Religião		
Católica	50	59,5
Protestante	34	40,5
Local de moradia		
Capital	44	54,76
Interior	40	45,24
Renda familiar		
1 a 2 salários mínimos	67	79,7%
3 a 5 salários mínimos	17	20,3%
Tipo de família		
Nuclear	48	57,1
Estendida	22	26,2
Outros grupo familiares	14	16,7

Gênero da criança com PC		
Feminino	45	53,6
Masculino	39	46,4
GMFCS		
I, II e III	44	33,4
IV e V	56	66,6
Escolaridade da criança com PC		
Ed. Infantil	27	32,1
Ens. Fundamental	15	17,9
Recebe benefício social		
Sim	71	84,5
Não	13	15,4
Posição na prole		
1 °	35	41,7
2°	23	27,4
3°	12	14,3
Outros	14	16,7
