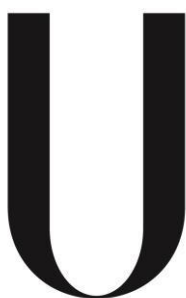


UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**A SAÚDE MENTAL DE PAIS E MÃES DE CRIANÇAS SURDAS: STRESSE PARENTAL E
PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES DAS CRIANÇAS**

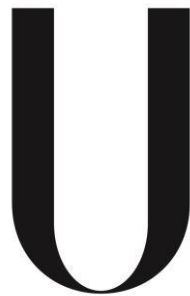
Mariana Vicente Narigão

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e
Integrativa

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**A SAÚDE MENTAL DE PAIS E MÃES DE CRIANÇAS SURDAS: STRESSE PARENTAL E
PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES DAS CRIANÇAS**

Mariana Vicente Narigão

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria João Afonso

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde - Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e
Integrativa

2019

Resumo

O presente estudo incide na população de pais/mães ouvintes de crianças surdas entre os cinco e os dez anos, e visa compreender os fatores determinantes do stresse parental e dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças. Para satisfazer este propósito, traduziu-se e adaptou-se o *Communicative Competence Indicator* (Hintermair, 2015) e construiu-se uma escala acerca dos recursos pessoais e sociais disponibilizados à população de cuidadores ouvintes de crianças surdas. Participaram no estudo 44 mães e 31 pais de crianças com diferentes graus de surdez, e 54 mães e 22 pais de crianças ouvintes. Além das escalas supracitadas, utilizou-se o Índice de Stresse Parental – versão reduzida (Santos, 2008), o Questionário de Capacidades e de Dificuldades (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005), a Escala de Autoeficácia Geral (Araújo & Moura, 2011) e a Escala de Provisões Sociais (Moreira & Canaipa, 2007). Nos resultados salienta-se que o grau de surdez da criança e a autoeficácia dos cuidadores corresponderam a preditores negativos do stresse parental, ao passo que os problemas socioemocionais e comportamentais das crianças e o uso de implante coclear foram preditores positivos do stresse parental. Já o sexo feminino e a idade da criança apresentaram-se como preditores positivos dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças, enquanto os recursos pessoais específicos dos cuidadores associados à parentalidade de uma criança surda foram preditores negativos da prevalência de problemas. Não se verificaram diferenças significativas entre os pais e as mães de crianças surdas relativamente aos níveis de stresse parental e à perceção de dificuldades na criança. Contudo, os cuidadores de crianças surdas apresentaram níveis de stresse significativamente superiores por comparação com os cuidadores de crianças ouvintes em dois domínios do stresse parental. Por outro lado, não diferiram na perceção de problemas socioemocionais e comportamentais nas crianças. Foram apresentadas hipóteses explicativas dos resultados e as respetivas implicações para a investigação e para o contexto prático.

Palavras-chave: Saúde Mental; Cuidadores Ouvintes; Crianças Surdas; Recursos Sociais; Recursos Pessoais.

Abstract

This study focuses on the population of hearing parents of deaf children between the ages of five and ten years old, and aims to understand the determinants of parenting stress and socioemotional and behavioral problems in children. To fulfill this purpose, the Communicative Competence Indicator (Hintermair, 2015) was translated and adapted, and a scale was constructed on the personal and social resources available to the population of hearing caregivers of deaf children. Overall 44 mothers and 31 fathers of children with different degrees of deafness, and 54 mothers and 22 fathers of hearing children participated in the study. In addition to the aforementioned scales, the Parenting Stress Index – short version (Santos, 2008), the Strengths and Difficulties Questionnaire (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005), the General Self-Efficacy Scale (Araújo & Moura, 2011), and the Social Provisions Scale (Moreira & Canaipa, 2007) were used. The results show that children's degree of deafness and parent's self-efficacy corresponded to negative predictors of parenting stress, whereas children's socioemotional and behavioral problems and the use of cochlear implants were positive predictors of parenting stress. The female gender and the child's age were positive predictors of children's socioemotional and behavioral problems, while parent's specific personal resources associated with the parenting of a deaf child were negative predictors of problems' prevalence. There were no significant differences between the parents and the mothers of deaf children regarding levels of parenting stress and perceived difficulties in the child. However, caregivers of deaf children presented significantly higher stress levels than caregivers of hearing children in two domains of parenting stress. On the other hand, they did not differ in the perception of children's socioemotional and behavioral problems. Explanatory hypotheses of the results and their implications for research and the practical context were presented.

Keywords: Mental Health; Hearing Caregivers; Deaf Children; Social Resources; Personal Resources.

Índice

Introdução	7
Enquadramento teórico	7
Surdez	7
A criança surda e a sua família	7
Prevalência de problemas de saúde mental em crianças/jovens surdos	9
Sintomas internalizantes	9
Sintomas externalizantes	10
Fatores que influenciam a saúde mental da criança/jovem surdo	11
Fatores sociodemográficos	11
Grau de perda auditiva.....	11
Modo de comunicação e competências de comunicação	11
Stresse parental – pais e mães ouvintes de crianças e jovens surdos	13
Fatores que influenciam o stresse parental de pais ouvintes de crianças e jovens surdos	14
Grau de perda auditiva.....	14
Dispositivo de reabilitação auditiva – implante coclear e aparelho auditivo	15
Modo de comunicação e competências de comunicação	15
Recursos sociais	16
Recursos pessoais	17
Funcionamento da criança – problemas de saúde mental.....	18
Comparação entre pais e mães ouvintes de crianças surdas	18
Problema de investigação	19
Objetivos e hipóteses	19
Método.....	20
Participantes.....	20
Instrumentos	21
Construção da ERPCS	24
Procedimento	25
Procedimentos de análise estatística	26
Resultados	26
Análise descritiva das variáveis sob análise	26
Análise das hipóteses relativas aos preditores do stresse parental.....	28

Análise das hipóteses relativas aos preditores dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças	29
Análise das hipóteses de comparação de grupos	30
Discussão	31
Conclusão.....	35
Referências bibliográficas.....	38
Anexo 1: Questionário sociodemográfico direcionado aos cuidadores ouvintes de crianças ouvintes.....	52
Anexo 2: Questionário sociodemográfico direcionado aos cuidadores ouvintes de crianças surdas	55
Anexo 3: <i>Communicative Competence Indicator</i> - versão traduzida e adaptada para a população portuguesa	60
Anexo 4: Escala de Recursos à Parentalidade da Criança Surda – versão para o pré-teste	62
Anexo 5: Escala de Recursos à Parentalidade da Criança Surda – versão para o estudo principal	69
Anexo 6: Escala de Recursos à Parentalidade da Criança Surda – versão final	76
Anexo 7: Consentimentos informados direcionados aos cuidadores ouvintes de crianças ouvintes e aos cuidadores ouvintes de crianças surdas	82
Anexo 8: Sumário da análise de Regressão Linear Hierárquica para as variáveis preditoras do stresse parental (N = 75).....	85
Anexo 9: Sumário da análise de Regressão Linear Hierárquica para as variáveis preditoras da prevalência de problemas socioemocionais e comportamentais das crianças (N = 75).....	87

Índice de Quadros

Quadro 1 – Amplitude dos resultados possíveis e observados, mediana, média, desvio-padrão e alfas de Cronbach de cada variável sob análise no grupo de cuidadores ouvintes de crianças surdas.....	27
Quadro 2 – Amplitude dos resultados possíveis e observados, mediana, média, desvio-padrão e alfas de Cronbach de cada variável sob análise no grupo de cuidadores ouvintes de crianças ouvintes.....	27
Quadro 3 – Sumário da análise de Regressão Linear Hierárquica para as variáveis preditoras do stresse parental (N = 75).....	85
Quadro 4 – Sumário da análise de Regressão Linear Hierárquica para as variáveis preditoras da prevalência de problemas socioemocionais e comportamentais das crianças (N = 75).....	87

Introdução

A presente investigação tem três propósitos: analisar os níveis de stresse parental de pais e mães ouvintes de crianças surdas, entre os cinco e os dez anos, e de pais e mães ouvintes de crianças ouvintes, entre as mesmas idades; a prevalência de problemas de saúde mental nas crianças surdas e ouvintes; e os fatores que contribuem para as duas variáveis referidas na população de cuidadores de crianças surdas. Pretende-se contribuir para uma maior conscientização da comunidade acerca da população de cuidadores de crianças surdas e promover a ligação entre a ciência e a prática, num plano interventivo e preventivo. Tal será alcançado através da análise da adequação e do acesso, por parte destes pais, a recursos sociais, assim como dos fatores que têm um maior peso na saúde dos cuidadores e das crianças. Por conseguinte, espera-se que o conhecimento derivado deste estudo informe sobre o estado atual dos serviços informativos, de apoio e de saúde mental direcionados a esta população, bem como facilite a melhoria do seu funcionamento.

Enquadramento teórico

Surdez

A surdez traduz uma perda de perceção dos sons e da palavra falada em decibéis (dB), que, de acordo com o grau, e com referência às Normas ISO, pode classificar-se em ligeira, moderada, severa, profunda, ou total (George, 2017). Ademais, a surdez infantil pode classificar-se em clinicamente isolada, sindrómica, congénita, adquirida e genética (George, 2017). A perspetiva médica considera a pessoa surda como alguém com um défice, procurando tratar essa alteração (Alves, 2015). Já a perspetiva antropológica e social encara a pessoa com surdez como pertencente a uma minoria cultural e linguística que deve ser aceite e respeitada pela sociedade em geral (Almeida, Cabral, Filipe, & Morgado, 2009; Obasi, 2008). Com efeito, segundo Walker (2013), a pessoa surda é apenas portadora de deficiência pelo fracasso da sociedade em responder às suas necessidades comunicativas, o que é visível pelas barreiras existentes no acesso à informação e na participação em atividades sociais. Neste sentido, pode-se distinguir o Surdo (com maiúscula) como o indivíduo surdo que partilha as experiências, a língua e um sentido de identidade cultural com a comunidade Surda, do surdo como pessoa com deficiência auditiva (Munoz-Baell & Ruiz, 2000).

A criança surda e a sua família

A literatura evidencia que as crianças surdas estão em risco de desenvolver atrasos significativos no desenvolvimento da linguagem, das competências metacognitivas (Rommel,

Bettner, & Weinberg, 2001), da capacidade de regulação e reconhecimento emocional (Gray, Hosie, Russem, & Ormel, 2001) e da capacidade de pensamento consequencial, dispondo menos recursos de *coping* e mais problemas de saúde mental (Hindley, 2005). Dado que a surdez congênita ou a precocemente adquirida têm efeitos prejudiciais no desenvolvimento, na educação e na empregabilidade da pessoa, a sua detecção e intervenção precoces são cruciais para permitir às crianças desenvolver o seu máximo potencial (George, 2017). Não obstante, as crianças surdas com pais surdos apresentam um melhor desempenho social e académico do que as crianças surdas com pais ouvintes (Walker, 2013), alcançando os mesmos marcos desenvolvimentistas que as crianças ouvintes (*e.g.*, Bonvillian & Folven, citado por Wallis, Musselman, & MacKay, 2004; Rimmel et al., 2001). Tal demonstra que não é a surdez em si que causa as dificuldades experienciadas por muitas crianças surdas, mas antes a forma como se lida com a surdez, destacando-se a importância da aceitação por parte dos pais surdos da surdez da sua criança e a eficácia da comunicação precoce (Walker, 2013). Uma vez que mais de 90% das crianças surdas têm pais ouvintes (Vaccari & Marschark, 1997), surgem diversos obstáculos associados ao desenvolvimento ótimo da criança que serão descritos seguidamente.

Está documentado que a maioria dos pais ouvintes fica chocada com o diagnóstico de surdez, não se encontrando inicialmente preparada para as acomodações necessárias a fim de fornecer um ambiente acessível e significativo à criança (*e.g.*, Kurtzer-White & Luterman, 2003). Em Portugal, o programa de rastreio auditivo neonatal universal facilita a identificação de crianças surdas, possibilitando a intervenção terapêutica precoce e a melhoria do prognóstico (Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil, 2007). Ainda assim, estes pais têm de tomar uma variedade de decisões em relação aos programas de intervenção disponíveis (Rodrigues & Pires, 2002), às opções de comunicação (*e.g.*, língua gestual, fala), ao tipo de turma (turma de ensino bilingue ou de ensino regular), à ajuda auditiva (implante coclear¹, prótese auditiva²) (Alves, 2015; Marschark, Lang, & Albertini, 2002), entre outros aspetos. Em adição, a preocupação com a comunicação permanece ao longo da vida e influencia o modo como o papel parental é vivido (Rodrigues & Pires, 2002), pois se a família não for capaz de comunicar efetivamente com a criança, estará a propiciar a exclusão social e de informação (Grimes, 2009), a restringir a aprendizagem indireta da linguagem (Vaccari & Marschark, 1997), e a dificultar a transmissão de normas sociais e de comportamentos

¹ Dispositivo cirurgicamente implantável para tratamento e reabilitação de pessoas com hipoacusia sensorineural de grau severo a profundo (George, 2017).

² Dispositivo que capta o som ambiente através de um microfone e o amplifica emitindo, sob a forma de som aplicado no canal auditivo externo, um estímulo mais intenso às estruturas do ouvido médio (CUF, 2017).

aceitáveis (Brice & Strauss, 2016). Além do mencionado, realçam-se os receios com o futuro da criança ao nível das saídas profissionais, que se refletem muitas vezes em baixas expectativas quanto à educação e ao emprego do filho (Rodrigues & Pires, 2002).

De acordo com Swisher (1992), os pais ouvintes precisam de adaptar os seus comportamentos de comunicação habituais para responder às necessidades relativas à visão das suas crianças. Contudo, é frequente que as mães, que normalmente assumem o papel de relevo na procura dos diferentes apoios (Taveira, 2010) e no trabalho de desenvolvimento da comunicação dos seus filhos surdos (Valentine & Skelton, 2003), se tornem excessivamente controladoras e diretivas nas suas interações com a criança surda (Vaccari & Marschark, 1997), e que ajam como intérpretes da informação e como mediadoras na formação e manutenção das amizades dos filhos (Grimes, 2009). Aliás, em situações de surdez, há uma tendência para a superproteção, bem como para tentativas por parte dos pais de controlar os esforços da criança/jovem para alcançar a independência e autonomia normativas (Braden, 1994). Por outro lado, a propensão à dependência pode também ser criada pelos pais que procuram compensar as implicações da surdez dos filhos (Grimes, 2009), dando-lhes tratamento preferencial ou sendo desproporcionalmente indulgentes (Meadow-Orlans, 1980). Em contraste, crianças surdas com pais surdos tendem a desenvolver o sentido de autonomia mais cedo (Moore & Meadow-Orlans, 1990), e a exibir um melhor ajustamento social e emocional do que crianças surdas com pais ouvintes (Vaccari & Marschark, 1997).

Prevalência de problemas de saúde mental em crianças/jovens surdos

Sintomas internalizantes

A investigação demonstra que as crianças e adolescentes surdos estão mais propensos a desenvolver sintomas depressivos (Fellinger, Holzinger, Sattel, Laucht, & Goldberg, 2009; Konuk, Erdogan, Atik, Ugur, & Simseyilmaz, 2006; Kouwenberg, Rieffe, & Theunissen, 2011; Theunissen et al., 2011; Van Eldik, 2005; Van Eldik, Treffers, Veerman, & Verhulst, 2004) do que os seus pares ouvintes. Quanto aos sintomas de ansiedade, existe evidência conflituosa, com crianças e jovens surdos a apresentar níveis de ansiedade superiores (Konuk et al., 2006; Li & Prevatt, 2010; Van Eldik, 2005; Van Eldik et al., 2004) ou similares (King, Mulhall, & Gullone, 1989; Remine & Brown, 2010) aos pares ouvintes. Numa tentativa de dar sentido a estes resultados mistos, Theunissen e colaboradores (2012) analisaram o efeito do tipo de aparelho auditivo e de diferentes tipos de ansiedade na prevalência dos sintomas, denotando níveis de ansiedade similares entre crianças com implantes cocleares (IC) e crianças ouvintes, mas níveis de ansiedade social e generalizada superiores em crianças com

aparelhos auditivos. Embora outros fatores possam ter contribuído para os efeitos benéficos do IC (*e.g.*, programas de intervenção), a consideração de outras variáveis que distinguem o grupo de participantes surdos, para além do tipo de ajuda auditiva e de diferentes tipos de ansiedade, poderá explicar a divergência da literatura nesta área. Relativamente à somatização, vários estudos não encontraram diferenças entre crianças e jovens surdos e ouvintes (Kouwenberg, Rieffe, Theunissen, & Oosterveld, 2012; Remine & Brown, 2010; Van Eldik et al., 2004), ao passo que outros denotaram mais queixas somáticas em indivíduos surdos (Kent, 2003; Konuk et al., 2006; Van Eldik, 2005). Estas divergências poderão dever-se a diferenças metodológicas, como por exemplo ao uso de um instrumento que avalie exclusivamente os sintomas somáticos (*e.g.*, Kouwenberg et al., 2012) ou de um instrumento que avalie problemas de saúde mental em geral (*e.g.*, Kent, 2003).

Sintomas externalizantes

A literatura tende a revelar elevações ao nível da agressão (Theunissen et al., 2013; Van Eldik, 2005, Van Eldik et al., 2004), e dos sintomas da perturbação de oposição (Fiorillo et al., 2017; Theunissen et al., 2013) e da psicopatia (Theunissen et al., 2013) nas crianças e jovens surdos, por comparação com os pares ouvintes. Os níveis da delinquência manifestam-se elevados em alguns participantes surdos (Van Eldik, 2005, Van Eldik et al., 2004), mas não em todos (Remine & Brown, 2010, Theunissen et al., 2013), o que sugere, pela natureza das investigações, que a delinquência parece equivaler nos dois grupos, embora aqueles que frequentam escolas especiais se apresentem em maior risco (Theunissen et al., 2014). Por fim, foram obtidos resultados divergentes no que diz respeito aos problemas de atenção e aos sintomas de hiperatividade, com crianças e jovens surdos a apresentar níveis superiores (Theunissen et al., 2013; Van Eldik, 2005, Van Eldik et al., 2004) ou similares aos pares ouvintes (Fellinger, Holzinger, Sattel, & Laucht, 2008; Fellinger, Holzinger, Sattel et al., 2009; Fiorillo et al., 2017; Remine & Brown, 2010). Neste sentido, Cornes (citado por Hogan, Shipley, Strazdins, Purcell, & Baker, 2011) aconselha precaução ao interpretar dados desta natureza, pois se uma criança não consegue compreender o que está a acontecer devido à sua audição, seguir-se-á naturalmente aborrecimento, distração ou dificuldade em participar numa atividade. Claro que, mesmo que estes problemas derivem da perda auditiva, a ausência de intervenções precoces eficazes pode levar a problemas de saúde mental (Hogan et al., 2011).

Fatores que influenciam a saúde mental da criança/jovem surdo

Fatores sociodemográficos

Vários estudos demonstram que o sexo e a idade da criança influenciam a prevalência da psicopatologia nesta população: a maior idade associa-se a níveis significativamente superiores de problemas comportamentais (Barker et al., 2009; Theunissen et al., 2013; Warner-Czyz, Loy, Tobey, Nakonezny, & Roland, 2011), somáticos (Konuk et al., 2006), emocionais (Konuk et al., 2006; Van Eldik et al., 2004) e sociais (Warner-Czyz et al., 2011). Simultaneamente, diversos autores demonstram que crianças/jovens surdos do sexo masculino exibem mais problemas comportamentais (Theunissen et al., 2013), ao passo que as raparigas exibem mais sintomas emocionais (King et al., 1989; Konuk et al., 2006; Li & Prevatt, 2010) e somáticos (Konuk et al., 2006). É de referir que como os sintomas externalizantes são mais facilmente observados pelos pais, estes tendem a subvalorizar a prevalência dos sintomas internalizantes (e.g., De Los Reyes et al., 2015).

Grau de perda auditiva

Apesar de alguns estudos demonstrarem uma relação entre o grau de perda auditiva e o maior risco de problemas de saúde mental, a grande maioria não verifica o mesmo (ver revisões de Bøttcher & Dammeyer, 2013; Theunissen et al., 2014). Por conseguinte, parece que outros fatores medeiam esta relação, como por exemplo, as competências de comunicação e de linguagem (Dammeyer, 2018), que serão abordadas seguidamente.

Modo de comunicação e competências de comunicação

Existem diversos modos de comunicação passíveis de serem adotados entre os pais ouvintes e os filhos surdos, tais como o método oralista – foco na linguagem oral como primeira língua a partir da amplificação sonora –, o método da comunicação total – uso de todas as formas de educação disponíveis para desenvolver a competência linguística, incluindo gestos espontâneos, fala, língua gestual, leitura labial, escrita –, e o método bilingue – foco na língua gestual como a língua materna e na língua portuguesa como segunda língua (Martins, 2012). O método bilingue constitui o método de ensino vigente nas Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos (EREBAS) em Portugal (Almeida et al., 2009).

Embora a linguagem natural de uma criança surda consista na língua gestual (Walker, 2013), o seu uso foi associado a maiores níveis de psicopatologia por algumas investigações (Remine & Brown, 2010; Theunissen et al., 2011; Theunissen et al., 2013; Van Gent, Goedhart,

Hindley, & Treffers, 2007). Wallis e colaboradores (2004) procuraram investigar as razões por detrás da aparente vantagem associada ao uso da linguagem oral, analisando para tal a relação entre a presença de uma correspondência precoce e contínua do modo de comunicação entre mães ouvintes e crianças surdas e a subsequente saúde mental de tais crianças na adolescência. Os resultados demonstraram que as crianças surdas que experienciaram uma exposição precoce e consistente de língua gestual em casa apresentaram níveis de saúde mental na adolescência similares às crianças que comunicavam com as suas mães através da oralidade, e melhores níveis de saúde do que as crianças expostas a língua gestual tardiamente ou de forma inconsistente (Wallis et al., 2004). Denota-se que o grupo de jovens exposto a língua gestual tardia ou inconsistentemente apresentava melhores competências de discurso e maior audição do que as crianças com exposição precoce e contínua de língua gestual (Wallis et al., 2004). Ainda assim, estas últimas demonstraram-se mais saudáveis na juventude, o que apoia a noção de que não é a linguagem oral em si que impacta o desenvolvimento socioemocional, cognitivo e linguístico, mas é antes o estabelecimento partilhado e consistente de um modo de comunicação (Wallis et al., 2004).

A corroborar estes resultados, Fellingner, Holzinger, Beitel, Laucht e Goldberg (2009) investigaram as associações entre as competências de linguagem das crianças surdas e os problemas de saúde mental. A inclusão na análise do tipo de escola frequentada (escola especial ou regular) revelou algumas diferenças: a) os estudantes surdos com boas competências de linguagem oral tinham bons níveis de bem-estar psicológico apenas quando frequentavam escolas regulares (nas quais a linguagem oral é dominante na instrução e no discurso); b) crianças com boas competências de linguagem oral apresentavam mais dificuldades psicossociais quando frequentavam escolas especiais (escolas para os surdos, nas quais a língua gestual é dominante na instrução e no discurso); c) crianças surdas com boas competências de língua gestual que frequentavam escolas especiais tinham bons níveis de bem-estar psicológico (Fellingner, Holzinger, Beitel, et al., 2009). Os autores concluíram que a capacidade de comunicar com os pares é importante na prevenção de problemas de saúde mental. Ademais, Dammeyer (2010) denotou que quando as competências de comunicação são boas, independentemente da modalidade (linguagem oral e/ou língua gestual), não se observam diferenças entre crianças surdas e ouvintes. A competência de comunicação exerce uma função mediadora entre a perda de audição e os problemas comportamentais, de tal forma que crianças surdas com competências limitadas estão associadas a maiores problemas comportamentais e um ajustamento psicossocial pobre, ao passo que crianças surdas com

competências bem desenvolvidas não apresentam esses problemas (Dammeyer, 2010; Stevenson, McCann, Watkin, Worsfold, Kennedy, 2009).

Numa outra perspectiva, recentemente a literatura tem enfatizado que a exposição precoce à língua gestual maximiza o desenvolvimento do cérebro, o processamento cognitivo e a saúde psicossocial da criança, assim como sustenta as competências de linguagem oral e de escrita, ao contrário do que antes se supunha (World Federation of the Deaf [WFD], 2016). Isto é, a língua gestual, enquanto base da linguagem da criança surda, e o multilinguismo preparam melhor a criança para a sua participação efetiva na sociedade (WFD, 2016).

Stresse parental – pais e mães ouvintes de crianças e jovens surdos

O stresse parental resulta de uma discrepância percebida entre as exigências situacionais decorrentes da parentalidade e os recursos disponíveis (Åsberg, Vogel, & Bowers, 2008). Vários estudos examinaram o nível de stresse parental experienciado por cuidadores ouvintes de crianças/jovens surdos, verificando níveis superiores (Quittner, Glueckauf, & Jackson, 1990, estudo com crianças entre os dois e cinco anos), equivalentes (Asberg et al., 2008, estudo com crianças e jovens entre os dois e os dezasseis anos; Meadow-Orlans, 1994, estudo com infantes de nove meses) ou até inferiores (Pipp-Siegel, Sedey, & Yoshinaga-Itano, 2002, estudo com crianças entre seis meses e cinco anos) nesta população, por comparação com pais de crianças/jovens ouvintes. Já o estudo longitudinal de Lederberg e Golbach (2002) demonstrou que as mães de crianças surdas com dois anos reportaram níveis mais elevados de stresse, porém não verificou diferenças de grupo quando as crianças tinham três e quatro anos. De notar que os autores usaram uma medida contextualizada específica, direcionada a pais de crianças com deficiências, na avaliação do stresse das mães quando as crianças tinham dois anos, e uma medida geral de stresse parental nas duas avaliações subsequentes. Dado que as diferenças significativas de stresse foram apenas verificadas na medida específica do contexto da deficiência, ao nível das dificuldades de comunicação e preocupações com o futuro, os autores postularam que é mais provável os pais de crianças surdas experienciarem stresse em áreas específicas à surdez. Com efeito, a literatura indica que as dificuldades de comunicação, as tomadas de decisão necessárias após o diagnóstico da surdez e as responsabilidades adicionais associadas ao cuidado de uma criança surda representam fontes de stresse para pais ouvintes (Jackson, Traub, & Turnbull, 2008).

Apesar dos aparentes resultados mistos, a investigação parece indicar que as medidas específicas ao contexto da deficiência ou da surdez (*i.e.*, que avaliam os desafios associados a crianças com esta problemática) são mais sensíveis às experiências de pais de crianças surdas,

de tal forma que os estudos que fizeram uso de tais medidas (Lederberg & Golbach, 2002; Quittner et al., 1990) encontraram elevações estatisticamente significativas no stresse parental em relação às populações ouvintes. Esta hipótese foi corroborada por Quittner e colaboradores (2010), os quais indicaram que, após controlar a educação materna e o salário familiar, os pais de crianças surdas com menos de cinco anos relataram mais stresse específico aos aspetos desafiantes da surdez, mas não mais stresse parental geral, do que os pais de crianças ouvintes. Ademais, as diferenças nos estudos poderão também ser explicadas pelo apoio social percebido pelos pais, dado que as amostras das investigações citadas, com exceção do estudo de Quittner e colaboradores (1990), participaram em programas de intervenção, o que pode justificar os piores níveis de stresse nesse estudo, tanto na medida específica à surdez como na medida geral. Já em Portugal, Taveira (2010) comprova a existência de níveis normais de stresse geral na população de pais ouvintes de crianças surdas.

Fatores que influenciam o stresse parental de pais ouvintes de crianças e jovens surdos

Grau de perda auditiva

Os resultados acerca do efeito grau de perda auditiva sobre o stresse parental revelam-se contraditórios. Por um lado Hintermair (2004) verificou que o maior grau de perda intensifica a experiência de stresse, por outro Konstantareas e Lampropoulou (1995) e Asberg e colaboradores (2008) demonstraram uma ausência de relação significativa entre as duas variáveis, e por fim Pipp-Siegel e colaboradores (2002) sugeriram que uma menor perda auditiva se relaciona com maiores níveis de stresse por via de maiores interações disfuncionais entre o cuidador e a criança. Realça-se que na investigação de Konstantareas e Lampropoulou (1995), o grau de perda auditiva considerado variou de moderado a profundo, pelo que pode ter ocorrido um efeito teto a partir do qual o stresse não poderia aumentar. Por sua vez, Pipp-Siegel e colaboradores (2002) indicam que os resultados encontrados podem apontar para uma relação entre a gravidade da perda auditiva e o seu reconhecimento e resolução por parte dos pais. Explicitando, os pais de crianças com menor perda auditiva poderão subestimar o impacto da surdez no funcionamento da criança, acabando por propiciar interações mais difíceis que promovem o stresse parental (Pipp-Siegel et al., 2002). Em contraste, um grau de perda auditiva mais acentuado pode potenciar as modificações necessárias nas expectativas e no comportamento dos pais, diminuindo o stresse (Pipp-Siegel et al., 2002). São necessários mais estudos para clarificar a relação entre o grau de perda auditiva e o stresse parental.

Dispositivo de reabilitação auditiva – implante coclear e aparelho auditivo

Primeiramente, é importante referir que devem ser incluídos no tratamento da surdez com implantes cocleares, as crianças com surdez de grau profundo bilateral ou surdez de grau severo bilateral sem benefício funcional com prótese auditiva (George, 2017). Se por um lado o IC apresenta benefícios ao nível do aumento da audição e do discurso, e dos resultados psicossociais e educacionais na criança (*e.g.*, Huber, Wolfgang, & Klaus, 2008; Khan, Edwards, & Langdon, 2005; Nicholas & Geers, 2003), por outro, também se associa a fontes de stresse particulares nos pais (Zaidman-Zait, 2008). Segundo Horsch, Weber, Bertram e Detrouis (1997), os pais de crianças com IC têm menores níveis de stresse do que os pais de crianças com aparelhos auditivos. Este resultado vai ao encontro do estudo de Hashemi e Monshizadeh (2012), no qual as mães de crianças com aparelho auditivo relataram mais depressão e ansiedade do que as mães de crianças com IC. Contudo, Spahn, Richter, Burger, Lohle e Wirschinga (2003) verificaram maiores níveis de stresse e uma menor coesão nas famílias de crianças com IC. Do mesmo modo, Prakash, Prakash, Ravichandran, Susan e Alex (2013) denotaram que as mães de crianças com IC apresentaram níveis significativamente mais elevados de stresse do que as mães de crianças com aparelho auditivo, medido pelo Índice de Stresse Parental. Concluindo, embora seja geralmente aceite que o stresse parental seja maior imediatamente antes e após o implante (*e.g.*, Spahn et al., 2003), não existe um consenso acerca da evolução dos níveis de stresse nos pais de crianças com IC ao longo do tempo, após a cirurgia (Zaidman-Zait, 2008).

Modo de comunicação e competências de comunicação

Mais uma vez, apesar de certos estudos evidenciarem os efeitos benéficos do uso de um modo de comunicação em particular (*e.g.*, Asberg et al., 2008), a literatura parece apontar para o maior poder preditivo das competências de comunicação da criança/jovem na experiência de stresse dos pais (Hintermair, 2004; Hintermair, 2006; Pipp-Siegel et al., 2002). Neste sentido, Quittner e colaboradores (2010) verificaram que os atrasos de linguagem influenciam o stresse dos pais por meio de problemas comportamentais nas crianças. Segundo os autores, este processo de mediação pode ser explicado por algumas hipóteses, pois as crianças com atrasos na linguagem podem ter dificuldade em a) regular as suas emoções, atenção e comportamento, b) expressar as suas necessidades, o que pode levar à frustração e a comportamentos problemáticos, c) entender instruções, o que pode levar os pais a interpretar o comportamento dos filhos como não complacente. Além disso, os problemas

comportamentais são mais difíceis de gerir no contexto de uma comunicação deficiente entre pais e filhos, o que pode gerar um maior stresse parental (Quittner et al., 2010).

Recursos sociais

“Recursos sociais” consistem no apoio que os pais de crianças surdas recebem das suas redes naturais (*e.g.*, parceiros, filhos, pais, familiares, amigos) e das “redes artificiais” (*e.g.*, novos contactos com outros pais na mesma situação, adultos surdos, profissionais) (Hintermair, 2006). Sabe-se que as relações sociais existentes na vida dos pais de crianças surdas não são suficientes para facilitar o *coping* adequado com a perda auditiva do filho (Hintermair, 2000). Os pais necessitam de a) obter informação multifacetada acerca do desenvolvimento da criança e das opções disponíveis de intervenção, educação e comunicação (Jamieson, Zaidman-Zait, & Poon, 2011); b) ter acesso a informação sobre a gestão diária de uma criança surda, sobre a investigação acerca das tecnologias de assistência, e sobre o apoio nas universidades e as opções de emprego (Porter & Edirippulige, 2007); c) receber continuamente serviços com uma abordagem centrada na família (Jamieson et al., 2011), com os quais se possa estabelecer uma parceria colaborativa (Ingber & Dromi, 2009).

Com efeito, a literatura evidencia que o apoio da escola, dos programas de intervenção, de familiares, de amigos, de outros pais de crianças surdas, e da comunidade representam importantes fontes de ajuda durante o processo de adaptação ao diagnóstico de surdez (Ahlert & Greeff, 2012; Jackson, 2011; Luckner & Velaski, 2004). Por sua vez, os recursos sociais demonstram uma relação inversa com o stresse de pais de crianças e jovens surdos (Asberg et al., 2008; Hintermair, 2000; Hintermair, 2004; Hintermair 2006; Lederberg e Golbach, 2002; Meadow-Orlans, 1994; Pipp-Siegel et al., 2002; Quittner et al., 1990).

Aprofundando, o contacto com outros pais de crianças surdas traduz-se em apoio emocional, na ajuda com necessidades práticas (*e.g.*, a nível da divulgação de melhores apoios e recursos para as crianças surdas) (Jackson et al., 2008; Rodrigues & Pires, 2002; Zaidman-Zait, 2007), em menor isolamento, e em maior aceitação da criança e responsividade parental (Hintermair, 2000). Já o contacto com adultos surdos associa-se a menor depressão e isolamento, maior responsividade parental, e menor stresse (Hintermair, 2000). Aliás, os adultos surdos representam um modelo de referência para os pais, facilitando a normalização e diminuindo a preocupação com o futuro das suas crianças (Rodrigues & Pires, 2002). Em relação aos técnicos, alguns pais sentem que estes constituem uma fonte de grande apoio na prestação de informações, ao passo que outros consideram existir falta de informação e/ou pouca qualidade nos serviços (Rodrigues & Pires, 2002). Em adição, existem diversas

barreiras que impedem o acesso a programas educacionais de alta qualidade, o acesso a serviços na área de residência, e o acesso a eventos da comunidade e atividades recreativas adaptadas à surdez (Jackson, 2011; Jackson et al., 2008, Luckner & Velaski, 2004).

A complementar os dados apresentados, Hintermair (2006) verificou que é o apoio específico adaptado à situação da família, e não o apoio social geral, que parece ser importante, ou seja, o apoio de amigos, pais dos pais, outras famílias com filhos surdos, e profissionais. Análises posteriores demonstraram que o apoio específico fornece grande alívio, especialmente na interação entre pais e filhos, enquanto o apoio geral reduz a tensão emocional (Hintermair, 2006). Ora, esta distinção entre apoio social geral e apoio específico à família da criança surda, no âmbito do stresse parental, não tem sido muito explorada no campo da investigação quantitativa com exceção de Hintermair (2006), que usou apenas um item para avaliar a percepção dos pais acerca dos apoios sociais específicos para lidar com uma criança surda. Já outros estudos (*e.g.*, Meadow-Orlans, 1994; Pipp-Siegel et al., 2002) avaliaram o apoio social percebido a partir de uma escala para a população geral, mas direcionando as respostas do cuidador para o seu filho surdo.

Recursos pessoais

“Recursos pessoais” correspondem a características psicológicas que promovem a capacidade de lidar com situações difíceis na vida, sendo que no presente estudo representarão as competências por parte dos pais para lidar com a perda auditiva do filho (Hintermair, 2006). A literatura sugere que as principais percepções e crenças dos pais que predizem o stresse e a qualidade de vida incluem ser otimista, ter coragem, sentir-se em controlo, ter uma visão realista da situação (Ahlert & Greeff, 2012; Hawley, 2000), e ter um forte sentido de coerência enquanto indicador de uma atitude básica positiva e significativa em relação à vida (Hawley, 2000; Hintermair, 2004). Além do referido, a boa comunicação familiar, o encorajamento da independência, a aceitação de que a criança surda pode ter uma língua natural e uma identificação sociocultural diferente e a sua integração na vida familiar (Grimes, 2009), a aceitação da surdez (Ahlert & Greeff, 2012; Grimes, 2009), e as competências de resolução de problemas (Ahlert & Greeff, 2012) revelam-se como qualidades promotoras do funcionamento e adaptação da família e da criança surda.

No estudo qualitativo de Luckner e Velaski (2004), os pais aconselharam outras famílias a reunir recursos informativos, a envolver-se, a aprender múltiplas modalidades de comunicação, a ter expectativas comportamentais e académicas elevadas e a proporcionar amor e incentivo ao filho para se envolver em atividades escolares, aprender e explorar. Em

suma, as famílias felizes e saudáveis do referido estudo são proactivas: ao saber que o filho possuía uma deficiência auditiva, recolheram informações sobre a surdez, aprenderam língua gestual, colocaram perguntas a profissionais em contextos educacionais e médicos, conheceram outras famílias com filhos surdos, aprenderam quais os programas educacionais que melhor atenderiam às necessidades dos seus filhos, e estavam dispostos a lutar por aquilo que o seu filho precisava tanto a nível educacional como médico.

Em suma, a literatura evidencia que o acesso parental a recursos pessoais quer gerais (*e.g.*, sentido de coerência) (Hintermair, 2004; Hintermair, 2006; Konstantareas & Lampropoulou, 1995) quer ao nível das competências específicas necessárias para educar um filho surdo (Ahlert & Greeff, 2012; Hintermair, 2006) associam-se a menor stresse. Além do mais, Hintermair (2004) denota que os recursos pessoais revelam-se como mais importantes e explicativos do stresse parental do que os recursos externos.

Funcionamento da criança – problemas de saúde mental

A investigação, na população ouvinte e surda, demonstra uma relação bidirecional entre o stresse parental e o funcionamento da criança. Aprofundando, níveis mais elevados de stresse parental predizem maiores níveis de problemas socioemocionais e comportamentais na criança, sendo a relação inversa também verdadeira (*e.g.*, Crnic & Low, 2002; Hintermair, 2006; Neece, Green, & Baker, 2012; Quittner et al., 2010; Woodman, Mawdsley, & Hauser-Cram, 2015). Por outras palavras, as fontes diárias de stresse, incluindo o temperamento e outras características da criança, possuem um impacto direto no bem-estar, nas atitudes, nas crenças e nos comportamentos dos pais para com os seus filhos (Crnic & Low, 2002). Em contraste, os efeitos adversos do stresse parental no comportamento e no bem-estar da criança parecem ser mais indiretos, através do seu impacto na qualidade das práticas parentais e no funcionamento do sistema familiar, que por sua vez influenciam a qualidade do funcionamento desenvolvimentista da criança nos domínios cognitivo, social e afetivo (Crnic & Low, 2002).

Comparação entre pais e mães ouvintes de crianças surdas

São poucas as investigações que compararam as percepções dos pais e das mães ouvintes de crianças surdas ao nível do stresse parental e da prevalência dos problemas de saúde mental dos seus filhos surdos, uma vez que as amostras tendem a ser compostas maioritariamente por mães. Contudo, os estudos existentes parecem indicar que não existem grandes diferenças entre os dois grupos. Aprofundando, Meadow-Orlans (1994) verificou que

os pais de crianças surdas não diferiram de suas esposas no grau de stresse parental relatado. De acordo com Hintermair (2006), as mães e os pais não diferiram significativamente na percepção do total de dificuldades da criança. Ainda assim, as mães tenderam a relatar mais problemas comportamentais nos rapazes do que nas raparigas, o que pode sugerir uma diferença de critérios no julgamento de certas formas de comportamento nos rapazes (Hintermair, 2006).

Problema de investigação

A literatura evidencia o papel de diversos fatores de risco (*e.g.*, grau de surdez da criança) e de proteção (*e.g.*, recursos pessoais e sociais dos pais) no stresse parental de cuidadores de crianças surdas. Já a saúde mental destas crianças parece ser influenciada tanto por variáveis comuns como por outras (*e.g.*, competência comunicativa da criança). Ainda assim, os resultados dos estudos relativos a determinadas variáveis, tais como o tipo de reabilitação auditiva, o modo de comunicação e o grau de surdez, não são totalmente concordantes. Por conseguinte, a presente investigação tem por finalidade clarificar os dados da literatura e caracterizar a população de cuidadores ouvintes de crianças surdas, bem como os respetivos serviços de apoio e de saúde em Portugal. Em suma, pretende-se explorar quais os fatores que predizem o stresse parental dos cuidadores ouvintes, e os principais problemas socioemocionais e comportamentais das crianças surdas.

Objetivos e hipóteses

Tendo por base os fundamentos teóricos apresentados, e o problema delimitado, foram definidos os seguintes objetivos e hipóteses, para o presente estudo: (1) analisar os fatores associados à surdez que predizem o stresse parental de pais e mães com filhos surdos, prevendo-se que o modo de comunicação não será um preditor significativo do stresse (H1), que o grau de surdez (H2), o dispositivo de reabilitação auditiva (*i.e.*, o uso de IC) (H3) e os problemas socioemocionais e comportamentais das crianças (H4) apresentar-se-ão como preditores positivos e significativos do stresse, e que as competências de comunicação da criança (H5), os recursos sociais gerais (H6), os recursos sociais específicos (H7), os recursos pessoais gerais dos pais (H8) e os recursos pessoais específicos dos pais (H9) apresentar-se-ão como preditores negativos significativos do stresse; (2) analisar os fatores associados à surdez que contribuem para os problemas socioemocionais e comportamentais das crianças surdas com pais ouvintes, prevendo-se que o grau de surdez (H10) não será preditor da prevalência de problemas, que o sexo masculino (H11) e a idade da criança (H12) serão preditores

positivos e significativos da prevalência de problemas, e que o modo de comunicação (*i.e.*, o uso de língua gestual) (H13) e a competência de comunicação da criança (H14) apresentar-se-ão como preditores negativos significativos da prevalência de problemas; (3) comparar o stresse parental geral entre pais ouvintes de crianças surdas e pais ouvintes de crianças ouvintes, prevendo-se uma ausência de diferenças de grupo (H15); (4) comparar a prevalência de problemas socioemocionais e comportamentais entre crianças surdas e crianças ouvintes, prevendo-se uma maior prevalência nas crianças surdas (H16); (5) comparar pais e mães quanto ao stresse parental (H17) e à prevalência de problemas de saúde mental nos filhos surdos (H18), prevendo-se a inexistência de diferenças; (6) desenvolver uma escala que avalie os recursos sociais e pessoais específicos à parentalidade da criança surda na população de pais ouvintes, para concretizar os objetivos anteriores e colmatar a lacuna na literatura quantitativa acerca do papel do apoio informal no stresse parental e dos recursos pessoais específicos que os pais ouvintes beneficiariam de apresentar ou desenvolver para educar e cuidar de uma criança surda.

Método

Participantes

No estudo principal, participaram 76 cuidadores ouvintes de crianças ouvintes e 75 cuidadores ouvintes de crianças surdas entre os cinco e os dez anos. No que diz respeito ao grupo de crianças ouvintes, fazem parte 22 pais e 54 mães com idades compreendidas entre os 29 e 57 anos ($M=39.77$ anos; $D.P. = 5.90$). Da totalidade dos participantes, 18,40% era solteiro, 76,30% era casado ou vivia em união de facto, e 5,30% era divorciado ou separado. Relativamente às habilitações literárias dos cuidadores, 6,60% tinha uma escolaridade inferior ao 9º ano escolar, 18,40% tinha o 9º ano de escolaridade, 25% tinha o 12º ano escolar, e 50% tinha uma escolaridade superior ao secundário. No que diz respeito ao grupo profissional dos participantes, destaca-se que o grupo referente aos Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas possui a maior percentagem de participantes, seguindo-se o grupo de Técnicos e Profissões de Nível Intermédio e o grupo de Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores. Salienta-se que 19,70% dos participantes tinha um filho, 61,80% tinha dois filhos, 13,20% tinha três filhos, e 5,30% tinha mais de três filhos. Uma vez que 19 duplas pai/mãe se referem à mesma criança, constam neste grupo 57 crianças (M das idades = 8,11 anos; $D.P.= 1.55$), 26 do sexo feminino e 31 do sexo masculino.

Quanto ao grupo de crianças surdas, fazem parte 31 pais e 44 mães com idades compreendidas entre os 22 e 67 anos ($M = 40.97$ anos; $D.P. = 7.63$). Da totalidade dos

participantes, 14.70% era solteiro, 77.30% era casado ou vivia em união de facto, 6.70% era divorciado ou separado, e 1.30% era viúvo. Relativamente às habilitações literárias dos cuidadores, 17.30% tinha uma escolaridade inferior ao 9º ano escolar, 24% tinha o 9º ano de escolaridade, 28% tinha o 12º ano escolar, e 29.30% tinha uma escolaridade superior ao secundário. Quanto ao grupo profissional, destaca-se que o grupo referente aos Desempregados possui a maior percentagem de participantes, seguindo-se o grupo de Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas e o grupo de Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores. Salienta-se que 29.30% dos participantes tinha um filho, 38.70% tinha dois filhos, 26.70% tinha três filhos, e 5.30% tinha mais de três filhos. Não obstante, 84% dos participantes tinha apenas um filho surdo, ao passo que 10.70% tinha dois filhos surdos e 5.30% tinha mais de dois filhos surdos. Neste grupo constam 17 crianças do sexo feminino e 27 crianças do sexo masculino ($M= 8.18$ anos; $D.P.= 1.57$), considerando a existência de 31 duplas pai/mãe que se referem à mesma criança. Destas crianças, 2.30% tinha surdez ligeira, 13.60% surdez moderada, 27.30% surdez profunda, 27.30% surdez severa, e 25% tinha surdez total. Quanto à causa da surdez, 4.50% das crianças tinha surdez congénita, 2.30% tinha surdez sindrómica, 9.10% tinha surdez genética, 20.50% tinha surdez adquirida, e 63.60% das crianças tinha surdez de causa desconhecida. É também de referir que 38.60% usava implante coclear, 47.70% usava prótese auditiva, 4.50% usava os dois, e 9.10% não usava um dispositivo de reabilitação auditiva. O modo de comunicação usado entre os pais e as crianças foi tipicamente linguagem oral (47.70%), seguido do uso combinado de linguagem oral com língua gestual (31.80%), do uso exclusivo de língua gestual (18.20%) e de outro modo de comunicação (*i.e.*, uso de linguagem oral, língua gestual, comunicação através de imagens e símbolos) (2.30%). Todas as crianças frequentavam uma escola de ensino regular, porém 2.30% estava inserida numa turma regular, 34.10% estava numa turma que integrava alunos surdos e ouvintes, e 63.60% estava inserida numa turma só com alunos surdos. Por fim, realça-se que apenas uma criança do estudo tinha um cuidador ouvinte e um cuidador surdo, sendo a restante amostra composta por crianças com dois cuidadores ouvintes. Por outro lado, seis participantes (quatro famílias) confirmaram a existência de familiares surdos próximos.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Foram recolhidos os seguintes dados sociodemográficos através de um questionário: papel familiar do participante (mãe ou pai), idade, habilitações literárias, profissão, estado civil, número de filhos, e sexo e idade do/a

filho/a sob análise (ver Anexo 1). No caso de pais ouvintes de crianças surdas foi também solicitada informação quanto ao modo de comunicação usado com a criança (língua gestual, linguagem oral, ambas ou outro), grau de surdez da criança, causa da surdez, dispositivo de reabilitação auditiva (nenhum, implante coclear, implante osteointegrado, prótese auditiva), e tipo de ensino frequentado pela criança (turmas de ensino especial ou regular) (ver Anexo 2).

Stresse parental. Para avaliar os níveis de stresse dos pais e/ou mães de crianças ouvintes ou surdas foi usada a versão reduzida do Índice de Stresse Parental (ISP-VR), desenvolvido por Santos (2008). O ISP-VR é um questionário de autorrelato que tem por objetivo avaliar o nível de stresse experienciado na díade mãe/pai-criança, sendo composto por 36 itens com uma escala de resposta Likert de cinco pontos (de “Discordo Completamente” a “Concordo Completamente”) (Santos, 2008). Os itens estão agrupados em três subescalas, Dificuldade Parental, Criança Difícil, e Interação Disfuncional Mãe/Pai – Criança, possibilitando obter um resultado Total de Stresse. Segundo Santos (2008), apresenta valores de alfa de Cronbach entre .71 e .89. No presente estudo, os alfas de Cronbach variaram entre .70 e .84 no grupo de pais de crianças surdas, e entre .69 e .90 no grupo de pais de crianças ouvintes.

Problemas de saúde mental das crianças. Para avaliar a prevalência de problemas de saúde mental em crianças surdas e ouvintes foi utilizada a versão para pais do Questionário de Capacidades e de Dificuldades (Goodman, 2001; versão Portuguesa SDQ-Por; Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005). O SDQ-Por é um instrumento que pretende avaliar o ajustamento psicológico de crianças e adolescentes, sendo composto por 25 itens (com uma escala Likert de três pontos de 0-“Não é verdade” a 2-“É muito verdade”) agrupados em cinco escalas: sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas (problemas internalizantes), problemas de comportamento e hiperatividade (problemas externalizantes), e competências sociais, podendo-se obter um resultado Total de dificuldades (Goodman, 2001). A consistência interna demonstra-se satisfatória (média dos valores de alfa de Cronbach de 0.73) (Goodman, 2001). No presente estudo, no grupo de pais de crianças surdas, apresentou um alfa de Cronbach de .70 para o Total das Dificuldades, .61 para os Problemas Internalizantes, .67 para os Problemas Externalizantes. As cinco subescalas que compõem o instrumento apresentaram uma consistência interna entre .52 e .64. No caso da amostra de pais de crianças ouvintes os coeficientes de alfa de Cronbach correspondem a .74 para o Total das Dificuldades, .55 para os Problemas Internalizantes, e .71 para os Problemas Externalizantes. A consistência interna das subescalas variou entre .40 e .75. Devido aos baixos valores de consistência interna, só o índice Total das Dificuldades - e os índices dos

problemas internalizantes e externalizantes na amostra de crianças surdas - é que será utilizado nas análises estatísticas do presente estudo.

Competências comunicativas da criança surda. As competências de comunicação das crianças surdas foram avaliadas através do *Communicative Competence Indicator* (KKI, Hintermair, 2015), traduzido e adaptado para português no pré-teste da presente investigação (ver Anexo 3) – no qual apresentou um alfa de Cronbach de .75. Este instrumento é composto por quatro itens (com uma escala Likert de cinco pontos de 1- “totalmente falso” a 5- “totalmente verdadeiro”) que são preenchidos por um cuidador de modo a obter um resultado geral das competências de comunicação de crianças surdas ou com deficiência auditiva (Hintermair, 2015). A escala apresenta uma consistência interna satisfatória com coeficientes alfa de Cronbach entre .78 e .94 nos estudos em que foi usada (Hintermair, 2015). No estudo principal apresentou um alfa de .70.

Recursos pessoais gerais dos pais. Os recursos pessoais gerais dos pais ouvintes de crianças surdas foram avaliados através da Escala de Autoeficácia Geral, desenvolvida por Araújo e Moura (2011), a qual consiste na adaptação portuguesa da *General Self-Efficacy Scale* (GSE, Schwarzer & Jerusalem, 1995). A GSE é um instrumento de autorrelato de dez itens (com uma escala Likert de quatro pontos de 1- “De modo nenhum é verdade” a 4 - “Exatamente verdade”) que avalia o sentimento geral de competência pessoal para lidar eficazmente com uma variedade de situações (Araújo & Moura, 2011). A sua consistência interna revela-se satisfatória com um coeficiente alfa de Cronbach de .87 (Araújo & Moura, 2011). No presente estudo apresentou um alfa de Cronbach de .87.

Recursos sociais gerais dos pais. Os recursos sociais gerais dos pais ouvintes de crianças surdas foram avaliados através da Escala de Provisões Sociais (EPS) de Moreira e Canaipa (2007), a qual consiste na adaptação portuguesa da *Social Provisions Scale* (Cutrona & Russell, 1987). A EPS é uma escala de autorrelato composta por 24 itens (com uma escala Likert de quatro pontos de 1 - “Discordo fortemente” a 4 - “Concordo fortemente”) que permite avaliar seis tipos de provisões sociais, o apoio percebido em termos globais, e duas dimensões intermédias de Apoio Íntimo e de Apoio Casual (Moreira & Canaipa, 2007). A EPS apresenta uma consistência interna geral excelente, com um alfa de Cronbach de .88, e uma consistência interna dos dois fatores e das seis subescalas que varia entre .53 e .86 (Moreira & Canaipa, 2007). No presente estudo apresenta uma consistência interna geral de .86, uma consistência interna dos dois fatores de .68 (Apoio Casual) e de 0.81 (Apoio Íntimo). Como o alfa de Cronbach das seis subescalas varia entre .26 e .69, estas subescalas não serão utilizadas nas análises estatísticas da presente investigação.

Recursos pessoais e sociais específicos dos pais: Os recursos pessoais e sociais específicos dos pais ouvintes de crianças surdas foram avaliados através de uma escala construída para o presente estudo designada por Escala de Recursos à Parentalidade da Criança Surda (ERPCS; Narigão & Afonso, 2019). A ERPCS foi construída com base teórica e com o apoio de profissionais (surdos e ouvintes) que trabalham com esta população, estabelecendo-se uma subescala de recursos pessoais (SRP, 20 itens) e uma de recursos sociais (SRS, 35 itens) com a resposta numa escala de Likert de cinco pontos (de 1 - “Discordo Fortemente” a 5 - “Concordo Fortemente”). Dado o número reduzido de participantes no pré-teste (17), não foi possível realizar a análise fatorial de modo a confirmar a existência das subescalas, porém retiraram-se algumas considerações. Assumindo a existência da SRP denotou-se a presença de itens problemáticos no que diz respeito à correlação corrigida item-total, nomeadamente os itens 3, 4, 6, 10, 12, 16, 20 (ver Anexo 4). Eliminando estes itens, a SRP apresentaria um alfa de Cronbach de .85. Quanto à SRS denota-se que os itens 6, 7 e 9 se demonstraram problemáticos (ver Anexo 4). Eliminando estes itens, a SRS apresentaria um alfa de Cronbach de .95. Como o pré-teste não permite retirar conclusões sólidas, optou-se por não se excluir os itens nesta fase, verificando-se se os itens supracitados se mantêm problemáticos no estudo principal. Em termos qualitativos, as sugestões dos participantes conduziram a três alterações: 1) acrescentar um esclarecimento nas instruções da SRP; 2) acrescentar o exemplo de “intérpretes de LGP” (Língua Gestual Portuguesa) no item 13 da SRS; 3) acrescentar a opção “não se aplica/não é importante para o meu caso” em todos os itens da SRS, tornando-se numa escala de resposta Likert de seis pontos (ver Anexo 5). No estudo principal, a versão final da ERPCS (ver Anexo 6) apresenta um alfa de Cronbach de .75 para a escala de Recursos Pessoais Específicos. Já a escala de Recursos Sociais Específicos é composta por seis subescalas: apoio da comunidade (alfa de .69), apoio familiar (alfa de .79), apoio da escola (alfa de .66), apoio informativo (alfa de .83); apoio de serviços e profissionais (alfa de .92); e impacto dos recursos sociais (alfa de .84). As primeiras cinco subescalas permitem obter um índice total de apoio (alfa de .92).

Construção da ERPCS

Não se procedeu à análise fatorial da ERPCS devido ao limitado número de participantes e atendendo a que as variáveis que compõem o instrumento correspondem a “tipos de recursos utilizados” não configurando dimensões psicológicas latentes, o que compromete o alcance dos resultados da aplicação deste procedimento estatístico. Assim sendo, optou-se pela criação e análise de escalas com base no conteúdo dos itens e não num

suposto constructo psicológico latente avaliado por cada uma. Assim, primeiramente identificaram-se escalas pela lógica do conteúdo dos itens e de seguida, avaliou-se a correlação corrigida item-total (com um critério de exclusão de $r < .20$), bem como os alfas de Cronbach resultantes, de modo a eliminar os itens problemáticos e a configurar o instrumento final. Em consequência, a versão final da ERPCS (ver Anexo 6) é composta por uma escala de Recursos Pessoais Específicos e por uma escala de Recursos Sociais Específicos. A primeira tem nove itens referentes à aceitação da surdez (itens 1 e 5), à capacidade de promover a autonomia do/a filho/a (item 3), às expectativas quanto à realização pessoal, académica e profissional da criança (itens 4,7 e 8), à capacidade de comunicação com a criança (itens 2 e 6), e à capacidade de procura de informação sobre as necessidades do/a filho/a (item 9). A escala de Recursos Sociais Específicos é composta por 34 itens, podendo estes ser agrupados em seis subescalas baseadas no conteúdo: apoio da comunidade (itens 1, 2, 19, 20, 21); apoio familiar (itens 3 a 8); apoio da escola (itens 9 a 13), apoio informativo (itens 14 a 18); apoio de serviços e profissionais (itens 22 a 32); e impacto dos recursos sociais (itens 33 e 34).

Procedimento

A recolha de dados do pré-teste de duas escalas (uma construída e uma adaptada para o presente estudo) foi realizada em formato eletrónico e disponibilizada nas redes sociais de instituições associadas à surdez (*e.g.*, Associação Portuguesa de Surdos), e em formato de papel para um dos Centros Auditivos Widex e para a EREBAS da Madeira. Considerando que o estudo principal se dirigiu a pais/mães ouvintes de crianças ouvintes ou surdas, a recolha de dados realizou-se com a colaboração de escolas públicas de Portugal Continental e Ilhas, incluindo escolas de ensino regular (com ou sem alunos com perda auditiva) e EREBAS. Foi entregue aos potenciais participantes um envelope com dois questionários em formato de papel – um dirigido ao cuidador paterno e outro à cuidadora materna de cada criança –, juntamente com a Declaração de Consentimento Informado, no qual constava o propósito do estudo e o pedido de colaboração, entre outros aspetos (ver Anexo 7). É de referir que o tempo médio de preenchimento dos questionários dirigidos aos cuidadores de crianças ouvintes foi de cerca de 15 minutos, ao passo que no caso dos cuidadores de crianças surdas foi de 35 minutos.

Procedimentos de análise estatística

Recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente à determinação da média, do desvio-padrão e dos valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas, e obtiveram-se coeficientes Alfa de Cronbach com vista a determinar a consistência interna de cada um dos instrumentos utilizados, bem como para a construção final da ERPCS. Para as variáveis dicotómicas e categoriais, procedeu-se ao cálculo de frequências e de percentagens.

Os dados foram analisados com base na estatística analítica, utilizando-se métodos distintos para as diferentes hipóteses. Foram aplicadas regressões lineares múltiplas para analisar os preditores do stresse parental e os preditores dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças. De forma a controlar variáveis no âmbito destas hipóteses, recorreu-se à regressão linear hierárquica. Foi usado o teste t de Student para amostras independentes para comparação de grupos ao nível do stresse parental e dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças. Contudo, aplicou-se o Teste de Mann-Whitney sempre que os pressupostos associados ao teste t de Student não foram confirmados.

O programa estatístico utilizado para a análise dos dados foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 22.

Resultados

Análise descritiva das variáveis sob análise

No quadro 1 encontram-se as amplitudes potenciais e esperadas de cada variável seguidamente descrita, bem como as médias associadas ao grupo de cuidadores de crianças surdas. A população de cuidadores ouvintes de crianças surdas apresenta níveis baixos de stresse parental, níveis tendencialmente elevados de autoeficácia, e níveis elevados de apoio social geral percebido. No que diz respeito aos recursos pessoais específicos a esta população, os participantes apresentam níveis tendencialmente elevados dos mesmos. Já a análise dos recursos sociais específicos disponibilizados a esta população denota que, em média, os pais percebem níveis moderados de apoio. Embora a média da perceção de apoio ao nível das subescalas seja moderada/elevada, salientam-se casos em que atribuíram uma pontuação bastante inferior na sua avaliação do apoio da comunidade, da família, informativo e dos serviços e profissionais. Segundo esta população, as crianças possuem elevadas competências de comunicação, e evidenciam uma baixa prevalência de dificuldades, quer ao nível dos sintomas internalizantes, quer dos sintomas externalizantes.

Quadro 1

Amplitude dos resultados possíveis e observados, mediana, média, desvio-padrão e alfas de Cronbach de cada variável sob análise no grupo de cuidadores ouvintes de crianças surdas.

	Amplitude dos resultados possíveis	Amplitude dos resultados observados	Mediana	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach
Stresse parental	36-180	47-114	75.00	74.48	13.12	.84
Prevalência total das dificuldades	0-40	2-19	9.00	9.87	4.26	.70
Prevalência de sintomas internalizantes	0-20	0-9	4.00	4.13	2.61	.61
Prevalência de sintomas externalizantes	0-20	0-12	6.00	5.73	2.85	.67
Autoeficácia	10-40	18-40	33.00	32.77	4.56	.87
Apoio social geral	24-96	55-95	79.00	79,10	8.03	.86
Recursos pessoais específicos	9-45	24-45	35.00	35.12	5.12	.75
Recursos sociais específicos	0-160	65-146	109.00	107.29	19.73	.92
Competências comunicativas da criança	4-20	7-20	17.00	16.80	2.75	.70

No quadro 2 encontram-se as amplitudes potenciais e esperadas de cada variável seguidamente descrita, bem como as médias associadas ao grupo de cuidadores de crianças ouvintes. A população de cuidadores ouvintes de crianças ouvintes apresenta níveis baixos de stresse parental, e percebe uma baixa prevalência de dificuldades, quer ao nível dos sintomas internalizantes, quer dos sintomas externalizantes.

Quadro 2

Amplitude dos resultados possíveis e observados, mediana, média, desvio-padrão e alfas de Cronbach de cada variável sob análise no grupo de cuidadores ouvintes de crianças ouvintes.

	Amplitude dos resultados possíveis	Amplitude dos resultados observados	Mediana	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach
Stresse parental	36-180	45-108	69.00	69.96	14.34	.90
Prevalência total das dificuldades	0-40	0-19	9.00	8.80	4.88	.74
Prevalência de sintomas internalizantes	0-20	0-11	3.00	3.45	2.43	.55
Prevalência de sintomas externalizantes	0-20	0-13	5.50	5.36	3.30	.71

Análise das hipóteses relativas aos preditores do stresse parental

Considerando a análise das nove hipóteses postuladas acerca dos preditores do stresse parental na população de cuidadores de crianças surdas, uma vez que $F(13,72) = 3.81$, $p < .001$, conclui-se que o modelo proposto é significativo e, portanto, passível de ser interpretado. O modelo é composto pelas seguintes variáveis: autoeficácia (EAG), dificuldades da criança (SDQ), competências comunicativas da criança (KKI), apoio social percebido (EPS), recursos pessoais específicos (ERPCS), recursos sociais específicos (ERPCS), grau de surdez, modo de comunicação, e dispositivo de reabilitação auditiva. Este modelo explica 46% da variância ($r^2 = .46$).

A partir da análise de regressão linear múltipla, é possível verificar que o modo de comunicação não é um preditor significativo do stresse parental ($p > .05$), o que confirma a Hipótese 1. O grau de surdez da criança apresenta-se como um preditor negativo e significativo do stresse parental ($B = -6.08$; $t = -3.11$; $p = .003$), o que rejeita a Hipótese 2. Relativamente ao dispositivo de reabilitação auditiva, denota-se que os pais de crianças que usam aparelho auditivo têm significativamente menos stresse do que os pais de crianças com IC ($B = -13.55$; $t = -2.92$; $p = .005$), o que confirma a Hipótese 3. Por sua vez, o total de dificuldades das crianças corresponde a um preditor positivo e significativo do stresse parental ($B = 1.23$; $t = 3.46$; $p = .001$), confirmando a Hipótese 4. Em contraste, a Hipótese 5 é rejeitada, uma vez que as competências comunicativas da criança surgem como um preditor não significativo do stresse, ao contrário do esperado. Contudo, é de realçar que o sinal negativo da relação entre as duas variáveis segue o evidenciado na literatura ($B = -.58$; $t = -.89$; $p = .38$). O apoio social percebido pelos pais (enquanto recursos sociais gerais), os recursos sociais específicos, e os recursos pessoais específicos apresentam-se como preditores não significativos da variável dependente ($p > .05$), o que rejeita as Hipóteses 6, 7 e 9, respetivamente. Neste conjunto, apenas a relação entre os recursos pessoais específicos e o stresse parental apresenta o sinal esperado ($B = -.56$; $t = -1.36$; $p = .18$). Por fim, a autoeficácia (enquanto recurso pessoal geral) surge como um preditor negativo e significativo do stresse parental ($B = -.99$; $t = 2.77$; $p = .008$), o que confirma a Hipótese 8. Das variáveis que se mostraram predictoras significativas³, é possível concluir que o dispositivo de reabilitação auditiva e, em seguida, o grau de surdez, são as que têm um maior poder preditivo.

³ Verificou-se o pressuposto da colinearidade; da independência dos resíduos, através da estatística Durbin Watson; e da normalidade através do teste Kolmogorov-Smirnov e da análise dos histogramas. O modelo proposto segue os pressupostos referidos, porém, ao nível das variáveis predictoras significativas, as dificuldades da criança (SDQ) e a autoeficácia (EAG) não seguem uma distribuição normal.

É de referir que ao controlar o sexo da criança (Williford, Calkins, & Keane, 2006), a idade da criança (e.g., Hashemi & Monshizadeh, 2012), o tipo de escola frequentado pela criança (e.g., WFD, 2016), a causa da surdez (e.g., George, 2017), a idade (e.g., Östberg & Hagekull, 2000), e o estado civil do cuidador (e.g., Hannighofer, Foran, Hahlweg, & Zimmermann, 2017), o modelo proposto³ ($F(25,71) = 2.736$; $p = .002$) passa a explicar 60% da variância ($r^2 = .60$). Tal traduz que as variáveis independentes explicam mais 44% da variância quando se controlam as variáveis supracitadas ($\Delta r^2 = .44$; $\Delta F(13,46) = 3.87$; $p < 0.001$), adquirindo cada variável preditora um maior poder preditivo (ver Anexo 8).

Análise das hipóteses relativas aos preditores dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças

Quanto às hipóteses relativas aos preditores da prevalência de problemas socioemocionais e comportamentais nas crianças, uma vez que $F(7,72) = 3.43$, $p = .003$, conclui-se que o modelo proposto é significativo, e portanto passível de ser interpretado. O modelo é composto pelas seguintes variáveis: competências comunicativas da criança (KKI), grau de surdez, modo de comunicação, e sexo e idade da criança. Este modelo, contudo, explica somente 27% da variância ($r^2 = .27$).

A partir da análise de regressão linear múltipla, foi possível verificar que o grau de surdez da criança não é um preditor significativo da prevalência de problemas na criança ($p > .05$). Tal confirma a Hipótese 10. O sexo feminino ($B = 3.65$; $t = 3.67$; $p < .001$) e a idade da criança ($B = .95$; $t = 3.21$; $p = .002$) correspondem a preditores positivos e significativos da prevalência de problemas, o que rejeita a Hipótese 11 e confirma a Hipótese 12, respetivamente. Já o modo de comunicação entre o cuidador e a criança e as competências de comunicação da criança não se apresentam como preditores significativos da prevalência de problemas na criança ($p > .05$), o que rejeita as Hipóteses 13 e 14, respetivamente. No que diz respeito ao modo de comunicação, salienta-se que as relações entre o uso de linguagem oral e a variável dependente ($B = 2.85$; $t = 1.85$; $p = .07$), e entre o uso de outro modo de comunicação e a variável dependente ($B = 6.99$; $t = 1.70$; $p = .10$) surgem no sentido esperado por comparação com o uso de língua gestual. Por fim, das variáveis identificadas como predictoras significativas⁴, é possível indicar que o sexo tem o maior poder preditivo da variável dependente.

⁴ Verificou-se o pressuposto da colinearidade; da independência dos resíduos, através da estatística Durbin Watson; e da normalidade através do teste Kolmogorov-Smirnov e da análise dos histogramas. O modelo proposto segue os pressupostos referidos.

É de referir que ao controlar a idade (*e.g.*, Tearne et al., 2014; Tearne et al., 2016) e o estado civil do cuidador (*e.g.*, Hannighofer et al., 2017), o número de filhos (total e surdos) (Theunissen et al., 2014), o tipo de escola frequentado pela criança (WFD, 2016), e o dispositivo de reabilitação auditiva usado pela criança (*e.g.*, Theunissen et al., 2013), o modelo proposto⁴ ($F(18,71) = 1.83; p = .05$) passa a explicar 38% da variância ($r^2 = .38$). Tal traduz que as variáveis independentes explicam mais 19% da variância quando se controlam as variáveis supracitadas ($\Delta r^2 = .19; \Delta F(7,53) = 2.36; p = .04$). A partir de uma análise *post-hoc*, verificou-se que a inclusão da variável independente “recursos pessoais específicos” (ERPCS) melhora o poder preditivo do modelo proposto⁵ ($F(19,71) = 2.61; p = .003$), de tal modo que passa a explicar 49% da variância ($r^2 = .49$). Por outras palavras, as variáveis independentes explicam mais 30% da variância quando se controlam as variáveis supracitadas ($\Delta r^2 = .30; \Delta F(8,52) = 3.76; p = .002$). Neste novo modelo, os recursos pessoais específicos correspondem a um preditor negativo significativo da prevalência de problemas de saúde mental na criança ($B = -.44; t = -3.26; p = .002$) (ver Anexo 9).

Análise das hipóteses de comparação de grupos

Primeiramente abordar-se-á a comparação entre os cuidadores de crianças surdas e os cuidadores de crianças ouvintes relativamente ao stresse parental. De forma a seguir todos os pressupostos envolvidos na concretização do teste t de Student para amostras independentes, removeu-se um *outlier* na amostra de cuidadores de crianças surdas. Verifica-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos ao nível do resultado total do stresse parental ($t(148) = 1.82; p > .05$), o que corrobora a Hipótese 15. Com o propósito de comparar os dois grupos ao nível das subescalas do Índice de Stresse Parental, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney devido à violação do pressuposto da normalidade⁶. Deste modo, os cuidadores de crianças surdas apresentam níveis significativamente mais elevados de stresse no Domínio da Criança Difícil ($U = 2186.50; p = .02$), e no Domínio de Interação Disfuncional Mãe/Pai-criança ($U = 2249.00; p = .03$), por comparação com os cuidadores de crianças ouvintes. Conclui-se que a Hipótese 15, que supunha a inexistência de diferenças entre grupos, é apenas parcialmente apoiada pelos dados.

⁵ O modelo proposto segue os pressupostos sob análise, porém, de entre as variáveis predictoras significativas, os recursos pessoais específicos não seguem uma distribuição normal.

⁶ A amostra de cuidadores de crianças surdas não segue uma distribuição normal para as três subescalas do Índice de Stress Parental, ao passo que a amostra de cuidadores de crianças ouvintes não segue uma distribuição normal para o domínio de Interação Disfuncional Mãe/Pai-Criança e de Criança Difícil.

Quanto à percepção da prevalência de problemas socioemocionais e comportamentais nas crianças (SDQ), aplicou-se o teste de Mann-Whitney devido à violação do pressuposto da normalidade ao nível do resultado total de dificuldades, na amostra de cuidadores de crianças surdas. Verificou-se a ausência de diferenças significativas entre os grupos ($U=2466.50$; $p>.05$), o que rejeita a Hipótese 16.

De seguida descrever-se-ão os resultados da comparação entre os pais e as mães de crianças surdas. Segundo a análise de teste t de Student para amostras independentes, os dois grupos não evidenciam diferenças significativas ao nível do resultado total do stresse parental ($t(73) = .61$; $p>0.05$), o que confirma a Hipótese 17. Com o propósito de comparar os dois grupos ao nível das subescalas do Índice de Stresse Parental, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, devido à violação do pressuposto da normalidade na amostra das mães. A partir daqui verifica-se a ausência de diferenças significativas entre os dois grupos, quanto aos domínios de Dificuldade Parental ($U=645.00$; $p>.05$), Interação Disfuncional entre Mãe/Pai - criança ($U = 527.50$; $p >.05$), e Criança Difícil ($U= 668.00$; $p >.05$), o que parece corroborar a Hipótese 17.

Mais uma vez, aplicou-se o teste Mann-Whitney como forma de responder à violação do pressuposto da normalidade, ao nível do resultado total de dificuldades e das respetivas subescalas de sintomas externalizantes e internalizantes (SDQ). Verificou-se que as diferenças entre os pais e as mães na percepção da prevalência dos problemas de saúde mental nas crianças surdas não foram significativas (Total de Dificuldades, $U = 676.00$; $p = .95$), ao nível dos sintomas internalizantes ($U=680.50$; $p = .99$) e externalizantes ($U = 647.50$; $p = .71$). Tal corroborou a Hipótese 18.

Discussão

Os resultados da presente investigação, em suma, sugerem que o grau de surdez da criança e a autoeficácia dos cuidadores constituíram preditores negativos do stresse parental, ao passo que os problemas socioemocionais e comportamentais das crianças e o uso de implante coclear se revelaram preditores positivos do stresse parental. Apesar de se ter hipotetizado que o maior grau de surdez prediria o stresse, a evidência do oposto vai ao encontro do estudo de Pipp-Siegel e colaboradores (2002). De acordo com estes autores, os pais de crianças com menor grau de surdez poderão subestimar o impacto da perda auditiva no funcionamento e na comunicação da criança, acabando por propiciar interações mais difíceis que promovem o stresse parental. Em contraste, um grau de perda auditiva mais

acentuado pode potencializar as modificações necessárias nas expectativas e no comportamento dos pais, diminuindo o seu nível de stresse (Pipp-Siegel et al., 2002).

Como o poder preditivo da autoeficácia – dos cuidadores – e dos problemas de saúde mental dos filhos é amplamente reconhecido por diversos autores, o presente estudo replicou um resultado consolidado na literatura (*e.g.*, Crnic & Low, 2002; Quittner et al., 2010; Zaidman-Zait, Most, Tarrasch, Haddad-eid, & Brand, 2015). O uso do implante coclear tem estado associado a resultados mistos, pelo que a relação aqui evidenciada apoia autores como Spahn e colaboradores (2003) e Prakash e colaboradores (2013), mas vai de encontro ao estudo de Hashemi e Monshizadeh (2012). Apesar dos benefícios do uso de implante coclear (Rommel & Peters, 2008), os maiores níveis de stresse poderão dever-se às maiores exigências e responsabilidades ao nível da manutenção do equipamento (Zaidman-Zait, 2008) e às elevadas expectativas dos pais quanto às melhorias esperadas ao nível da comunicação e do desempenho da criança (Spahn et al., 2003). Neste sentido, os pais sentem-se frustrados por não possuírem as competências necessárias para reparar as falhas do dispositivo e pela incapacidade da criança de ouvir quando o implante não está a funcionar corretamente (Zaidman-Zait, 2008). Ademais, os pais tendem a aumentar as suas expectativas imediatamente após o implante coclear, podendo alguns desejar a aquisição da fala e uma cura (Yamanaka, Silva, Zanolli, & Silva, 2010). Uma vez que os pais possuem um papel crítico na reabilitação da criança com implante coclear, se estas expectativas não estiverem a ser correspondidas (pelo menos à velocidade idealizada) podem contribuir para o stresse parental. Não obstante, os níveis de stresse na subamostra de cuidadores de crianças com implante coclear revelam-se moderados, pelo que não se poderá assumir que o implante coclear corresponde a um fator de risco elevado.

Em contraste, o modo de comunicação entre o cuidador e a criança, as competências de comunicação da criança, o apoio social geral percebido, os recursos pessoais específicos e os recursos sociais específicos não são preditores significativos do stresse parental. Embora a ausência de relação entre o modo de comunicação e o stresse seja esperada (*e.g.*, Hintermair, 2006), os restantes resultados contrastam com a literatura (*e.g.*, Hintermair, 2006), possivelmente devido ao número limitado de participantes, o qual comprometeu as análises estatísticas. Por outro lado, vários autores defendem a hipótese do efeito indireto do apoio social sobre o stresse: o apoio relaciona-se com a saúde e o bem-estar apenas (ou principalmente) quando a pessoa experiencia níveis elevados de stresse (Cohen & Wills, 1985). Ou seja, o apoio protege a pessoa dos efeitos negativos dos eventos stressantes, porém a relação entre as duas variáveis é mínima, quando as pessoas não estão sob stresse (Cohen &

Wills, 1985). Nesta lógica, considerando que a amostra do presente estudo apresentou níveis baixos de stresse parental, faz sentido que não se tenha verificado um efeito direto do apoio social percebido. Assim sendo, poderão existir outros fatores mais relevantes a explicar esta relação nos participantes da amostra estudada, nomeadamente os eventos negativos da vida e as suas características (Cohen & Wills, 1985).

Já o sexo feminino e a idade da criança apresentaram-se como preditores positivos dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças, ao passo que os recursos pessoais específicos associados à parentalidade de uma criança surda surgiram como preditores negativos da prevalência de problemas. Como os pais tendem a reportar os sintomas externalizantes com maior frequência (*e.g.*, De Los Reyes et al., 2015), estando estes usualmente associados ao sexo masculino da criança (Theunissen et al., 2013), esperava-se que a amostra do presente estudo refletisse o efeito preditivo do sexo masculino nas dificuldades das crianças. Contrariamente ao esperado, as crianças surdas do sexo feminino exibiram maiores níveis de problemas socioemocionais e comportamentais. Ainda assim, em conformidade com o supracitado, os pais percecionaram mais problemas externalizantes nos rapazes e nas raparigas, sugerindo-se que o resultado verificado poderá consistir numa característica da amostra portuguesa estudada. Por sua vez, a idade enquanto preditor positivo da prevalência de dificuldades na criança vai ao encontro do estado da arte (Barker et al., 2009; Theunissen et al., 2013; Warner-Czyz, Loy, Tobey, Nakonezny, & Roland, 2011).

No que diz respeito ao valor preditivo dos recursos pessoais específicos à parentalidade de uma criança surda, tal é compreensível tendo em conta que a boa comunicação familiar, o encorajamento da independência, e a aceitação da surdez da criança (Ahlert & Greeff, 2012; Grimes, 2009) se revelam como qualidades promotoras do funcionamento, da adaptação e da saúde mental da criança surda (Calderon & Greenberg, 2000). Realça-se que enquanto a autoeficácia (definida no presente estudo como recursos pessoais gerais) consiste num preditor do stresse parental, os recursos pessoais específicos correspondem a um preditor dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças. Esta diferenciação poderá ser explicada por algumas hipóteses: a) os cuidadores com maiores recursos pessoais específicos (*i.e.*, mais capazes de lidar e de aceitar a surdez da criança) são mais tolerantes às dificuldades normativas da criança; b) a aceitação da surdez e a capacidade de comunicar e de responder às necessidades de uma criança surda podem ter um efeito positivo nas interações com a criança, que por sua vez se reflete no seu bem-estar e saúde. Em modo conclusivo, distingue-se a importância que a autoeficácia possui na própria saúde mental – enquanto modo de lidar com os desafios da vida – e a importância que os recursos

personais envolvidos no cuidado de uma criança surda têm na saúde mental da criança. Não obstante, é importante clarificar o papel dos recursos pessoais gerais e específicos na saúde mental dos cuidadores e das crianças surdas em investigações futuras, dado que a investigação quantitativa neste âmbito é escassa.

Em contraste aos dados supracitados, o grau de surdez apresentou-se como um preditor não significativo da perceção de dificuldades na criança, tal como esperado e apoiado na literatura (*e.g.*, ver revisões de Bøttcher & Dammeyer, 2013; Theunissen et al., 2014). Contudo, em oposição ao esperado, o modo de comunicação usado entre o cuidador e a criança e as competências de comunicação da criança também se revelaram como preditores não significativos dos problemas de saúde mental das crianças. A investigação denota os benefícios (*e.g.*, aquisição de uma identidade cultural e linguística) associados à integração da criança surda num ambiente que apoie e inclua o uso de língua gestual (WFD, 2016). Contudo, é frequente que os pais ouvintes de crianças surdas tenham poucas competências de língua gestual (WFD, 2016). Isto é visível na presente amostra, visto que 47.70% das famílias recorria ao uso exclusivo de linguagem oral, apesar de 79,60% das crianças ter surdez profunda a total. Como tal, a língua gestual não apresentou poder preditivo no presente estudo. Além do referido, Dammeyer (2010) salienta a importância das competências de comunicação, independentemente da modalidade de comunicação ou do grau de surdez, no bem-estar psicológico das crianças, o que pode explicar este resultado. Contudo, no presente estudo, como já mencionado, as competências comunicativas da criança não foram relevantes na predição da variável dependente. Tal poderá dever-se a dois aspetos: as crianças surdas tendem a receber uma educação bilingue em Portugal, ao contrário de outros países cujas condições são menos favoráveis para a população surda (*e.g.*, Dinamarca); as crianças da amostra possuem competências de comunicação elevadas. Ora, segundo a WFD (2016), a educação bilingue apresenta vantagens em relação aos restantes métodos de comunicação/ensino. Assim sendo, as competências de comunicação podem não ser um fator tão relevante na população portuguesa, uma vez que estas são adquiridas precocemente devido ao ambiente e características protetoras das EREBAS, por comparação com outros países.

Relativamente às comparações de grupo, não se verificaram diferenças significativas entre os pais e as mães de crianças surdas quanto aos níveis de stresse parental e à perceção de dificuldades na criança, o que é consistente com a literatura (Hintermair, 2006; Meadow-Orlans, 1994). Contudo, os cuidadores de crianças surdas apresentaram níveis de stresse significativamente superiores aos cuidadores de crianças ouvintes em dois domínios do stresse

parental (*i.e.*, Interação disfuncional Mãe/Pai-Criança; Criança Dífícil). Por outro lado, não diferiram quanto à percepção de problemas de saúde mental na criança. Estes dados contrastam com a literatura e apontam para a importância de intervir sobre os cuidadores. Dado que as crianças, entre os cinco e os dez anos, frequentam o primeiro ciclo escolar, os cuidadores podem sentir esta transição como uma responsabilidade mais exigente, para além das funções habituais associadas à surdez (*e.g.*, consultas), contribuindo para os maiores níveis de stress parental. Além do referido, apenas uma investigação considerou esta faixa etária na sua amostra, sendo que os restantes estudos se centraram em cuidadores de crianças mais novas, o que pode justificar a diferença de resultados. Já a ausência de diferenças na prevalência de problemas de saúde mental nas crianças poderá ser explicada pela educação bilingue vigente nas EREBAS e pelo Rastreio Auditivo Neonatal Universal que permite a deteção e intervenção auditiva precoces (George, 2017). Estas condições poderão proteger a saúde mental das crianças surdas de tal forma que não exibem mais problemas socioemocionais e comportamentais do que os seus pares ouvintes. De referir que não existe outro estudo português que compare os dois grupos ao nível das variáveis sob análise, pelo que se torna importante realizar novas investigações que venham a corroborar ou não as características da população portuguesa aqui apresentadas.

Conclusão

Em síntese, os resultados do presente estudo salientam que o grau de surdez da criança e a autoeficácia dos cuidadores constituem preditores negativos do stress parental, ao passo que os problemas socioemocionais e comportamentais das crianças e o uso de implante coclear foram preditores positivos do stress parental. Deste modo, das nove hipóteses colocadas acerca dos preditores do stress parental, quatro hipóteses foram confirmadas, nomeadamente acerca do efeito significativo da autoeficácia, dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças e do uso de implante coclear, e acerca da ausência de efeito do modo de comunicação no stress parental.

Quanto aos preditores da prevalência de problemas de saúde mental nas crianças, verificou-se que o sexo feminino e a idade da criança apresentaram-se como preditores positivos dos problemas socioemocionais e comportamentais das crianças, enquanto os recursos pessoais específicos dos cuidadores associados à parentalidade de uma criança surda foram preditores negativos da prevalência de problemas. Das cinco hipóteses colocadas neste âmbito, duas foram confirmadas, nomeadamente as hipóteses relativas ao efeito significativo da idade, e à ausência de efeito do grau de surdez na prevalência de problemas.

Por fim, apenas se verificaram diferenças de grupo na comparação entre cuidadores de crianças surdas e cuidadores de crianças ouvintes ao nível do stresse parental: os cuidadores de crianças surdas apresentaram níveis significativamente mais elevados de stresse parental. Assim sendo, os dados apenas corroboraram duas hipóteses das quatro postuladas, uma vez que não se esperava a ausência de diferenças entre os grupos de cuidadores na prevalência de problemas de saúde mental nas crianças, nem se esperava observar a diferença supracitada.

No que diz respeito às limitações da investigação, é de referir que os resultados devem ser interpretados com precaução uma vez que as características demográficas da amostra de cuidadores surdos tendem a representar famílias biparentais com um nível educacional igual ou superior ao secundário. Neste sentido, poderá ser útil recorrer a entrevistas em vez de questionários para alcançar indivíduos com diferentes níveis de literacia. De notar também que o número de participantes no estudo é razoável, para o universo amostral considerado, porém é importante usar amostras mais amplas e representativas em investigações futuras a fim de alargar as oportunidades de análise estatística e de potenciar a generalização dos resultados. Acrescenta-se que os estudos posteriores poderão beneficiar da inclusão de grupos de controlo adicionais (*e.g.*, pais surdos/crianças surdas) de modo a melhor analisar as relações entre as variáveis consideradas no quadro da diversidade de comunicação.

Outra limitação corresponde ao uso de um método baseado numa única perspetiva (*i.e.*, dos cuidadores) devido aos possíveis vieses que acompanham a visão dos pais. Por conseguinte, uma abordagem triangular que considere a visão da criança/jovem surdo, bem como o recurso a outros métodos de natureza qualitativa, possibilitarão uma análise compreensiva da complexidade das experiências envolvidas no âmbito deste estudo.

Por fim, embora a presente investigação se tenha centrado em cuidadores de crianças surdas entre os cinco e os dez anos, é pertinente explorar o stresse parental, os problemas de saúde mental das crianças, e a disponibilização dos recursos sociais específicos a esta população em diferentes estádios de desenvolvimento, destacando-se a relevância de métodos longitudinais. As investigações futuras também poderão considerar a análise da melhor correspondência entre os tipos de apoios, os modos de entrega do apoio (*e.g.*, aconselhamento individual, encontros entre pais, *coaching*) e as características da família e da pessoa surda.

Realça-se que a ERPCS beneficiará de análises posteriores de forma a aprimorar o seu conteúdo e validade, particularmente no que diz respeito à escala de Recursos Pessoais Específicos, uma vez que esta cobriu competências parentais restritas. Assim, é importante estudar se existem outras capacidades/características mais revelantes do que as consideradas. Ainda assim, realça-se a sua potencial utilidade enquanto instrumento de rastreio de

cuidadores ouvintes de crianças surdas sob condições de apoio social desfavoráveis. A título de exemplo, as escolas e os profissionais de saúde que trabalham com estas famílias poderão aplicar a ERPCS aos cuidadores em diferentes momentos do desenvolvimento da criança/jovem surdo a fim de avaliar a importância e o acesso aos recursos sociais em função das suas novas circunstâncias e necessidades. Caso estas necessidades não estejam a ser satisfeitas, como verificado em alguns participantes do presente estudo, dever-se-ão tomar medidas que respondam e colmatem a falha dos recursos.

Espera-se que as considerações apresentadas no presente estudo, juntamente com a investigação futura potenciem o interesse e o conhecimento sobre a população portuguesa surda e sobre os seus cuidadores ouvintes. Dado que as pessoas surdas podem experienciar problemas característicos das minorias (*e.g.*, isolamento), é importante facilitar as interações entre as famílias e a criança surda. Assim sendo, no contexto clínico, e atendendo ao exposto na presente investigação, torna-se relevante trabalhar a aceitação da surdez (e a possível culpa e luto associados), as competências de resolução de problemas e a assertividade com o propósito de defender os direitos da criança surda. Para tal, é crucial que os psicólogos (e outros profissionais) que trabalhem com esta população tenham conhecimentos aprofundados de LGP e das implicações da surdez no desenvolvimento da criança e no contexto familiar. Além do referido, devem ser desenvolvidos instrumentos de avaliação psicológica e modelos de intervenção adaptados ao contexto cultural e às características da pessoa surda.

A nível preventivo, poderá ser pertinente criar campanhas de sensibilização do indivíduo Surdo e dos seus direitos a fim de promover a sua inclusão na sociedade. Ademais, a realização de programas de prevenção e de promoção de competências direcionados aos pais revelam-se importantes na medida em que permitem aumentar a esperança e a perceção de recursos pessoais específicos para lidar com a criança surda. Não obstante, há que garantir que todas as crianças surdas e as respetivas famílias tenham acesso a serviços de apoio na sua comunidade, como por exemplo, para a aprendizagem de língua gestual. Com efeito, embora a maioria dos cuidadores do presente estudo comunique com o filho/a através da linguagem oral, a literatura realça as vantagens associadas à aprendizagem de língua gestual pela criança em simultâneo com o pai/mãe (WFD, 2016). Do mesmo modo, salientam-se algumas barreiras à educação efetiva de crianças surdas, nomeadamente, a falta de professores surdos como modelos, e um ambiente de aprendizagem que pode ser menos propício para os alunos surdos, se os colegas ouvintes da escola ou da turma não partilharem um modo de comunicação solidário e inclusivo. Assim sendo, é crítico encorajar a consideração dos cuidadores e das crianças surdas nos contextos educacional, clínico e da comunidade.

Referências bibliográficas

- Ahlert, I., & Greeff, A. (2012). Resilience factors associated with adaptation in families with deaf and hard of hearing children. *American Annals of the Deaf*, 157(4), 391–404. doi:10.1353/aad.2012.1629
- Almeida, D., Cabral, E., Filipe, I., & Morgado, M. (2009). *Educação bilingue de alunos surdos: Manual de apoio à prática*. In Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular & Direção de Serviços de Educação Especial e Apoios Socioeducativos (Eds.). Lisboa: Editora Cercica.
- Alves, S. (2015). *Participação parental: Papel da web social numa comunidade educativa com surdos* (Dissertação de mestrado não publicada, Departamento de Educação, Departamento de Comunicação e Arte, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal). Retirado de: <https://ria.ua.pt/handle/10773/15561>
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura fatorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Revista Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105. doi: 10.14417/lp.638
- Åsberg, K., Vogel, J., & Bowers, C. (2008). Exploring correlates and predictors of stress in parents of children who are deaf: Implications of perceived social support and mode of communication. *Journal of Child and Family Studies*, 17(4), 486-499. doi: 10.1007/s10826-007-9169-7
- Barker, D., Quittner, A., Fink, N., Eisenberg, L., Tobey, E., & Niparko, J. (2009). Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent–child communication. *Development and Psychopathology*, 21(02), 373-392. doi:10.1017/s0954579409000212
- Braden, J. (1994). *Deafness, deprivation, and I.Q.* New York: Springer Science + Business Media.

- Brice, P., & Strauss, G. (2016). Deaf adolescents in a hearing world: A review of factors affecting psychosocial adaptation. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 67-76. doi:10.2147/ahmt.s60261
- Bøttcher, L., & Dammeyer, J. (2013). Disability as a risk factor? Development of psychopathology in children with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3607–3617. doi:10.1016/j.ridd.2013.07.022
- Calderon, R., & Greenberg, M. (2000). Challenges to parents and professionals in promoting socioemotional development in deaf children. In P. Spencer, C. Erting, & M. Marschark (Eds.). *The deaf child in the family and at school* (pp. 167-186). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Volume 5, practical issues in parenting* (pp. 243-267).
- CUF. (2017). *Audição e reabilitação auditiva*. Retirado de: <https://www.saudecuf.pt/unidades/infante-santo/centros/centro-de-implantes-auditivos/audicao-e-reabilitacao-auditiva>
- Cutrona, C., & Russell, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1, pp. 37-67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Dammeyer, J. (2010). Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard-of-hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(1), 50- 58. doi: 10.1093/deafed/enp024

- Dammeyer, J. (2018). Mental health and psychosocial well-being in deaf and hard-of-hearing students. In H. Knoors, & M. Marschark, (Eds.), *Evidence-Based Practices in Deaf Education* (pp. 477-494). New York: Oxford University Press.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T., Wang, M., Thomas, S., Drabick, D., Burgers, D., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, *141*(4), 858–900. doi:10.1037/a0038498
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., & Laucht, M. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*(7), 414–423. doi:10.1007/s00787-008-0683-y
- Fellinger, J., Holzinger, D., Beitel, C., Laucht, M., & Goldberg, D. P. (2009). The impact of language skills on mental health in teenagers with hearing impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(2), 153–159. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01350.x
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M., & Goldberg, D. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *51*(8), 635–641. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.03218.x
- Fiorillo, C., Rashidi, V., Westgate, P., Jacobs, J., Bush, M., & Studts, C. (2017). Assessment of behavioral problems in children with hearing loss. *Otology & Neurotology*, *38*(10), 1456–1462. doi:10.1097/mao.0000000000001583
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire—Portuguese version]. Retirado de www.sdqinfo.org.
- George, F. (2017). *Rastreio e tratamento da surdez com implantes cocleares em idade pediátrica*. Retirado de: <https://www.dgs.pt/?cr=29234>

- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015.
- Gray, C., Hosie, J., Russell, P., & Ormel, E. (2001). Emotional development in deaf children: Facial expression display rules and theory of mind. In M. D. Clark, M. Marschark, & M. Karchmer (Eds.), *Context, cognition and deafness* (pp. 135-160). Washington DC: Gallaudet University Press.
- Grimes, M. (2009). *Capital gains: parental perceptions on the family and social lives of deaf children and young people in Scotland* (Dissertação de Doutoramento não publicada, Moray House School of Education, Universidade de Edimburgo, Edimburgo, Escócia, Reino Unido). Retirado de: <http://hdl.handle.net/1842/5882>
- Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil. (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Médica Pediátrica*, 38 (5), 209-214. doi: 10.25754/pjp.2007.4698
- Hannighofer, J., Foran, H., Hahlweg, K., & Zimmermann, T. (2017). Impact of relationship status and quality (family type) on the mental health of mothers and their children: A 10-year longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 8(266), 1-10. doi:10.3389/fpsy.2017.00266
- Hashemi, S., & Monshizadeh, L. (2012). A comparison between the mothers of cochlear implanted children and mothers of children with hearing aid in the level of depression, anxiety and stress. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 5(2), 241-245. doi: 10.13005/bpj/350
- Hawley, D. (2000). Clinical implications of family resilience. *The American Journal of Family Therapy*, 28(2), 101–116. doi:10.1080/019261800261699

- Hindley, P. (2005). Mental health problems in deaf children. *Current Paediatrics*, 15(2), 114–119. doi:10.1016/j.cupe.2004.12.008
- Hintermair, M. (2000). Hearing impairment, social networks, and coping: The need for families with hearing-impaired children to relate to other parents and to hearing-impaired adults. *American Annals of the Deaf*, 145(1), 41–53. doi:10.1353/aad.2012.0244
- Hintermair, M. (2004). Sense of Coherence: A relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(1), 15–26. doi:10.1093/deafed/enh005
- Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 493–513. doi:10.1093/deafed/enl005
- Hintermair, M. (2015). KKI reloaded: Neue ergebnisse mit dem Kommunikativen-Kompetenz-Indikator (KKI) bei kindern im förderschwerpunkt hören und kindern aus anderen förderschwerpunkten [Novos resultados do Indicador de Competência Comunicativa (KKI) em crianças com dificuldades auditivas e em crianças com outras necessidades especiais]. *HörgeschädigtenPädagogik*, 69, 12-17.
- Hogan, A., Shipley, M., Strazdins, L., Purcell, A., & Baker, E. (2011). Communication and behavioural disorders among children with hearing loss increases risk of mental health disorders. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(4), 377–383. doi:10.1111/j.1753-6405.2011.00744.x
- Horsch, U., Weber, C., Bertram, B., & Detrois, P. (1997). Stress experienced by parents of children with cochlear implants compared with parents of deaf children and hearing children. *The American Journal of Otology*, 18(6 Suppl), S161-163. Retirado de: <https://www.elsevier.com/>

- Huber, M., Wolfgang, H., & Klaus, A. (2008). Education and training of young people who grew up with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72(9), 1393–1403. doi:10.1016/j.ijporl.2008.06.002
- Ingber, S., & Dromi, E. (2009). Demographics affecting parental expectations from early deaf intervention. *Deafness & Education International*, 11(2), 83–111. doi:10.1179/146431509790559624
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação portuguesa das profissões 2010 (versão 2011). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jackson, C. (2011). Family supports and resources for parents of children who are deaf or hard of hearing. *American Annals of the Deaf* 156(4), 343–362. doi:10.1353/aad.2011.0038
- Jackson, C., Traub, R., & Turnbull, A. (2008). Parents' Experiences With Childhood Deafness. *Communication Disorders Quarterly*, 29(2), 82–98. doi:10.1177/1525740108314865
- Jamieson, J., Zaidman-Zait, A., & Poon, B. (2011). Family support needs as perceived by parents of preadolescents and adolescents who are deaf or hard of hearing. *Deafness & Education International*, 13(3), 110–130. doi:10.1179/1557069x11y.0000000005
- Kent, B. (2003). Identity issues for hard-of-hearing adolescents aged 11, 13, and 15 in mainstream setting. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 315–324. doi:10.1093/deafed/eng017
- Khan, S., Edwards, L., & Langdon, D. (2005). The cognition and behaviour of children with cochlear implants, children with hearing aids and their hearing peers: A comparison. *Audiology and Neurotology*, 10(2), 117–126. doi:10.1159/000083367

- King, N., Mulhall, J., & Gullone, E. (1989). Fears in hearing-impaired and normally hearing children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 27(5), 577–580. doi:10.1016/0005-7967(89)90094-6
- Konstantareas, M., & Lampropoulou, V. (1995). Stress in greek mothers with deaf children: effects of child characteristics, family resources and cognitive set. *American Annals of the Deaf*, 140(3), 264–270. doi:10.1353/aad.2012.0576
- Konuk, N., Erdogan, A., Atik, L., Ugur, M., & Simsekyilmaz, Ö. (2006). Evaluation of behavioral and emotional problems in deaf children by using the child behavior checklist. *Neurology Psychiatry and Brain Research* 13(2), 59-64 .
- Kouwenberg, M., Rieffe, C., & Theunissen, S. (2011). Intrapersonal and interpersonal factors related to self-reported symptoms of depression in DHH youth. *International Journal on Mental Health and Deafness*, 1(1), 46-57.
- Kouwenberg, M., Rieffe, C., Theunissen, S., & Oosterveld, P. (2012). Pathways underlying somatic complaints in children and adolescents who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(3), 319–332. doi:10.1093/deafed/enr050
- Kurtzer-White, E., & Luterman, D. (2003). Families and children with hearing loss: Grief and coping. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(4): 232–235. doi:10.1002/mrdd.10085
- Lederberg, A., & Golbach, T. (2002). Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: A longitudinal study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7(4), 330–345. doi:10.1093/deafed/7.4.330
- Li, H., & Prevatt, F. (2010). Deaf and hard of hearing children and adolescents in China: Their fears and anxieties. *American Annals of the Deaf*, 155(4), 458–466. doi:10.1353/aad.2010.0048

- Luckner, J., & Velaski, A. (2004). Healthy families of children who are deaf. *American Annals of the Deaf*, 149(4), 324–335. doi:10.1353/aad.2005.0003
- Marschark, M., Lang, H., & Albertini, J. (2002). *Educating deaf students: From research to practice*. New York: Oxford University Press
- Martins, S. (2012). *As dificuldades de comunicação entre surdos e ouvintes: Propostas de soluções* (Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Grupo Lusófona, Lisboa, Portugal). Retirado de: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/3265>
- Marzocchi, G., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., ... Théron, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(S2), 40–46. doi:10.1007/s00787-004-2007-1
- Meadow-Orlans, K. (1980). *Deafness and Child Development*. Berkeley, California: University of California Press.
- Meadow-Orlans, K. (1994). Stress, social support, and deafness: Perceptions of infants' mothers and fathers. *Journal of Early Intervention*, 18(1), 91–102.
- Moore, D., & Meadow-Orlans, K. (Eds.). (1990). *Educational and developmental aspects of deafness*. Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Moreira, J., & Canaipa, R. (2007). A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da “Social Provisions Scale”. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(24), 23-58. Retirado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=17219>
- Munoz-Baell, I., & Ruiz, M. (2000). Empowering the deaf: Let the deaf be deaf. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(1), 40–44. doi:10.1136/jech.54.1.40

- Neece, C., Green, S., & Baker, B. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A Transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 117*(1), 48–66. doi:10.1352/1944-7558-117.1.48
- Nicholas, J., & Geers, A. (2003). Personal, Social, and Family Adjustment in School-Aged Children with a Cochlear Implant. *Ear and Hearing, 24*(1), 69S-81S. doi:10.1097/01.aud.0000051750.31186.7
- Obasi, C. (2008). Seeing the Deaf in “Deafness”. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 13*(4), 455–465. doi:10.1093/deafed/enn008
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(4), 615–625. doi:10.1207/s15374424jccp2904_13
- Pipp-Siegel, S., Sedey, A., & Yoshinaga-Itano, C. (2002). Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7*(1), 1–17. doi:10.1093/deafed/7.1.1
- Porter, A., & Edirippulige, S. (2007). Parents of deaf children seeking hearing loss-related information on the internet: The Australian experience. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 12*(4), 518–529. doi:10.1093/deafed/enm009
- Prakash, S., Prakash, S., Ravichandran, A., Susan, K., & Alex, A. (2013). Measuring levels of stress and depression in mothers of children using hearing aids and cochlear implants: A comparative study. *International Journal of Special Education, 28*(1), 37-44. Retirado de: <http://www.internationalsped.com/articles.cfm?y=2013&v=28&n=1>
- Quittner, A., Barker, D., Cruz, I., Snell, C., Grimley, M., Botteri, M., & CDaCI Investigative Team. (2010). Parenting stress among parents of deaf and hearing children: Associations with language delays and behavior problems. *Parenting: Science and Practice, 10*(2), 136–155. doi:10.1080/15295190903212851

- Quittner, A., Glueckauf, R., & Jackson, D. (1990). Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(6), 1266–1278. doi:10.1037/0022-3514.59.6.1266
- Remine, M., & Brown, P. (2010). Comparison of the prevalence of mental health problems in deaf and hearing children and adolescents in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(4), 351–357. doi:10.3109/00048670903489866
- Rommel, E., Bettner, J., & Weinberg, A. (2001). Theory of mind development in deaf children. In M. D. Clark, M. Marschark, & M. Karchmer (Eds.), *Context, cognition and deafness* (pp. 113-134). Washington DC: Gallaudet University Press.
- Rommel, E., & Peters, K. (2008). Theory of Mind and language in children with cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 14*(2), 218–236. doi:10.1093/deafed/enn036
- Rodrigues, A., & Pires, A. (2002). Surdez infantil e comportamento parental. *Análise Psicológica, 20*(3), 389-400. doi: 10.14417/ap.326
- Santos, S. (Outubro, 2008). *Forma reduzida do Parenting Stress Index (PSI): Estudo Preliminar*. XIII Conferência Internacional Avaliação Formas e Contextos, Braga
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S., Wright, & M., Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio* (pp. 35-38). Windsor, England: NFER-Nelson.
- Spahn, C., Richter, B., Burger, T., Löhle, E., & Wirsching, M. (2003). A comparison between parents of children with cochlear implants and parents of children with hearing aids regarding parental distress and treatment expectations. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 67*(9), 947–955. doi:10.1016/s0165-5876(03)00160-5
- Stevenson, J., McCann, D., Watkin, P., Worsfold, S., & Kennedy, C. (2009). The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51(1), 77–83. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02124.x

- Swisher, M. (1992). The role of parents in developing visual turn-taking in their young deaf children. *American Annals of the Deaf*, 137(2), 92–100. doi:10.1353/aad.2012.1086
- Taveira, C. (2010). *Quando o silêncio mergulha no ruído: Pais ouvintes com filhos surdos* (Dissertação de mestrado não publicada, ISPA, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal). Retirado de: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4117>
- Tearne, J. E., Robinson, M., Jacoby, P., Allen, K., Cunningham, N., Li, J., & McLean, N. (2016). Older maternal age is associated with depression, anxiety, and stress symptoms in young adult female offspring. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(1), 1–10. doi:10.1037/abn0000119
- Tearne, J., Robinson, M., Jacoby, P., Li, J., Newnham, J., & McLean, N. (2014). Does late childbearing increase the risk for behavioural problems in children? A longitudinal cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(1), 41–49. doi:10.1111/ppe.12165
- Theunissen, S., Rieffe, C., Kouwenberg, M., De Raeve, L., Soede, W., Briaire, J., & Frijns, J. (2012). Anxiety in children with hearing aids or cochlear implants compared to normally hearing controls. *The Laryngoscope*, 122(3), 654–659. doi:10.1002/lary.22502
- Theunissen, S., Rieffe, C., Kouwenberg, M., De Raeve, L., Soede, W., Briaire, J., & Frijns, J. (2013). Behavioral problems in school-aged hearing-impaired children: the influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(4), 187–196. doi:10.1007/s00787-013-0444-4

- Theunissen, S., Rieffe, C., Kouwenberg, M., Soede, W., Briaire, J., & Frijns, J. (2011). Depression in hearing-impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *75*(10), 1313–1317. doi:10.1016/j.ijporl.2011.07.023
- Theunissen, S., Rieffe, C., Netten, A., Briaire, J., Soede, W., Schoones, J., & Frijns, J. (2014). Psychopathology and its risk and protective factors in hearing-impaired children and adolescents. *JAMA Pediatrics*, *168*(2), 170-177. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.3974
- Vaccari, C., & Marschark, M. (1997). Communication between parents and deaf children: Implications for social-emotional development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(7), 793–801. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01597.x
- Valentine, G., & Skelton, T. (2003). Living on the edge: The marginalisation and “resistance” of D/deaf youth. *Environment and Planning A*, *35*(2), 301–321. doi:10.1068/a3572
- Van Eldik, T. (2005). Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the Youth Self Report. *American Annals of the Deaf*, *150*(1), 11–16. doi:10.1353/aad.2005.0024
- Van Eldik, T., Treffers, P., Veerman, J., & Verhulst, F. (2004). Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents’ responses to the Child Behavior Checklist. *American Annals of the Deaf*, *148*(5), 390–395. doi:10.1353/aad.2004.0002
- Van Gent, T., Goedhart, A., Hindley, P., & Treffers, P. (2007). Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(9), 950–958. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01775.x
- Walker, R. (2013). Child mental health and deafness. *Paediatrics and Child Health*, *23*(10), 438–442. doi:10.1016/j.paed.2013.06.009
- Wallis, D., Musselman, C., & MacKay, S. (2004). Hearing mothers and their deaf children: The relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health

- functioning in adolescence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(1), 2–14.
doi:10.1093/deafed/enh014
- Warner-Czyz, A., Loy, B., Tobey, E., Nakonezny, P., & Roland, P. (2011). Health-related quality of life in children and adolescents who use cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 75(1), 95–105.
doi:10.1016/j.ijporl.2010.10.018
- Williford, A., Calkins, S., & Keane, S. (2006). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 251–263. doi:10.1007/s10802-006-9082-3
- Woodman, A., Mawdsley, H., & Hauser-Cram, P. (2015). Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 264–276.
doi:10.1016/j.ridd.2014.10.011
- World Federation of the Deaf [WFD]. (2016). *WFD Position Paper on the Language Rights of Deaf Children*. Retirado de: <https://wfdeaf.org/news/resources/wfd-position-paper-on-the-language-rights-of-deaf-children-7-september-2016/>
- Yamanaka, D., Silva, R., Zanolli, M., & Silva, A. (2010). Implante coclear em crianças: a visão dos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 465–473. doi:10.1590/s0102-37722010000300009
- Zaidman-Zait, A. (2007). Parenting a child with a cochlear implant: A critical incident study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(2), 221–241.
doi:10.1093/deafed/enl032
- Zaidman-Zait, A. (2008). Everyday problems and stress faced by parents of children with cochlear implants. *Rehabilitation Psychology*, 53(2), 139–152. doi:10.1037/0090-5550.53.2.139

Zaidman-Zait, A., Most, T., Tarrasch, R., Haddad-eid, E., & Brand, D. (2015). The impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(1), 23–33. doi:10.1093/deafed/env038

ANEXO 1

Questionário sociodemográfico direcionado aos cuidadores ouvintes de crianças ouvintes

Dados relativos ao cuidador da criança

1. Sexo:

- Masculino
 Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil:

- Solteiro/a
 União de facto/
 Casado/a Divorciado/a/
 Separado/a Viúvo/a.

4. Habilitações Literárias:

- < 9 anos
 9º Ano
 12º Ano
 > 12 anos

5. Grupo profissional:

- Profissões das Forças Armadas
 Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos
 Especialistas das atividades intelectuais e científicas
 Técnicos e profissões de nível intermédio
 Pessoal administrativo
 Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores
 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta.
 Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
 Trabalhadores não qualificados
 Reformado/a
 Desempregado/a

6. Atividade profissional específica:

7. Número de filhos:

- 1
 2
 3
 >3

8. Grau de parentesco com a criança na família:

- Mãe
 Pai

Dados relativos à criança

9. Sexo da criança:

- Masculino
 Feminino

10. Idade da criança:

- 5 anos
 6 anos
 7 anos
 8 anos
 9 anos
 10 anos

ANEXO 2

Questionário sociodemográfico direcionado aos cuidadores ouvintes de crianças surdas

Dados relativos ao cuidador da criança

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil:

Solteiro/a

União de facto/ Casado/a

Divorciado/a/ Separado/a

Viúvo/a.

4. Habilitações Literárias:

< 9 anos

9º Ano

12º Ano

> 12 anos

5. Grupo profissional:

Profissões das Forças Armadas

Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos

Especialistas das atividades intelectuais e científicas

Técnicos e profissões de nível intermédio

Pessoal administrativo

Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta.

Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

Reformado/a

Desempregado/a

6. Atividade profissional específica:

7. Número de filhos:

- 1
 2
 3
 >3

8. Número de filhos surdos:

- 1
 2
 >2

9. Grau de parentesco com a criança na família:

- Mãe
 Pai

10. Existem outros familiares surdos próximos:

- Sim
 Não

Dados relativos à criança

11. A criança tem:

- Dois cuidadores ouvintes
 Um cuidador ouvinte e um cuidador surdo

12. Sexo da criança:

- Masculino
 Feminino

13. Idade da criança:

- 5 anos
- 6 anos
- 7 anos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos

14. Grau de perda auditiva da criança:

- Ligeira (20-40dB)
- Moderada (41-70 dB)
- Severa (71-90 dB)
- Profunda (91-110 dB)
- Total (120 dB ou superior)

15. Causa da surdez:

-
- Não sei

16. A criança usa:

- Implante coclear
- Implante osteointegrado
- Prótese auditiva
- Não usa qualquer tipo de prótese ou implante

17. Principal modo de comunicação que usa com a criança:

- Língua gestual
- Linguagem oral
- Língua gestual e linguagem oral
- Outro: _____

18. Tipo de escola frequentado pela criança:

- Escola de ensino regular, na qual frequenta uma turma regular
- Escola de ensino regular com uma unidade para alunos surdos, na qual frequenta uma turma que integra crianças surdas e crianças ouvintes
- Escola de ensino regular com uma unidade para alunos surdos, na qual frequenta uma turma só com alunos surdos
- Escola de ensino especial para estudantes surdos
- Outro: _____

ANEXO 3

***Communicative Competence Indicator* - versão traduzida e adaptada para a população portuguesa**

Tendo em consideração as cinco alternativas de resposta, de “Totalmente Verdadeiro“ a “Totalmente Falso“, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a opção que melhor descreve o seu filho surdo/filha surda.

	Totalmente verdadeiro	Moderadamente verdadeiro	Parcialmente verdadeiro	Moderadamente falso	Totalmente falso
1.O meu filho/a minha filha é capaz de me dizer alguma coisa sobre tudo o que lhe passa pela cabeça.					
2. O meu filho/a minha filha é capaz de estabelecer contacto com as outras pessoas.					
3 O meu filho/a minha filha é capaz de compreender as coisas que eu ou outras pessoas lhe queremos dizer ou explicar.					
4. O meu filho/a minha filha é capaz de comunicar com outras pessoas (fora da família).					

ANEXO 4

Escala de Recursos à Parentalidade da Criança Surda – versão para o pré-teste

Tendo em consideração as cinco alternativas de resposta abaixo listadas, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a sua opinião e as suas competências enquanto cuidador/a de uma criança surda

DF - Discordo fortemente

D - Discordo

N - Nem discordo nem concordo (resposta neutra)

C - Concordo

CF - Concordo fortemente

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Inicialmente, quando fui informado/a do diagnóstico de surdez, foi-me difícil aceitar a surdez do meu filho/da minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Consigo transmitir eficazmente ideias ao meu filho/à minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Encorajo o meu filho/a minha filha a envolver-se em atividades extracurriculares (e.g., atividades desportivas; clubes da escola). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. A partir do diagnóstico de surdez, alterei o meu modo de interagir com o meu filho/a minha filha para melhor responder às suas necessidades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização académica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Quando necessito, sou capaz de procurar serviços de apoio disponíveis na minha comunidade. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Atualmente tenho dificuldade em aceitar a surdez do meu filho/da minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Consigo compreender o que o meu filho/a minha filha me quer dizer ou explicar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. A surdez do meu filho/da minha filha exige que eu assumo o papel de mediador/a nas suas relações. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Adaptei as características da casa às características do meu filho/da minha filha (e.g., luzes para a campainha; despertador adaptado para pessoas surdas). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização pessoal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Considero que a LGP (Língua Gestual Portuguesa) deve ser a língua materna do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
13. Consigo comunicar assuntos complexos (*e.g.*, regras sociais) ao meu filho/à minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
14. Tenho dificuldade em dar ao meu filho/à minha filha o mesmo nível de independência/autonomia que eu daria a crianças ouvintes da mesma idade.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
15. Considero que existe uma atenção excessiva às necessidades do meu filho/da minha filha (*e.g.*, consultas; manter o aparelho auditivo; fazer atividades relativas à terapia) por comparação com as restantes exigências familiares e/ou pessoais.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
16. Considero importante que o meu filho/a minha filha estabeleça contacto com a comunidade e cultura Surda.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
17. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização profissional.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
18. A surdez do meu filho/da minha filha exige que eu assumo o papel de intérprete das comunicações.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
19. Quando necessito, sou capaz de informar-me sobre assuntos associados às necessidades do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
20. Os pais de crianças surdas devem aprender LGP.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

Tendo em consideração as cinco alternativas de resposta abaixo listadas, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a sua experiência no contacto com várias fontes de apoio ao cuidado de uma criança surda.

DF - Discordo fortemente

D - Discordo

N - Nem discordo nem concordo (resposta neutra)

C - Concordo

CF - Concordo fortemente

A) A comunidade...

1. Potencia a integração da criança surda através de atividades culturais e/ou recreativas adaptadas à surdez.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----

2. Apresenta sensibilidade e aceitação em relação à pessoa surda e à comunidade Surda.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----

B) A comunidade Surda...

3. Demonstra aceitação por um cuidador ouvinte de uma criança surda.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----

C) A minha família ...

4. Apoiou-me nas responsabilidades (incluindo nas tomadas de decisão) associadas à surdez do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----

5. Aprendeu LGP para comunicar com o meu filho/a minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----

6. Demonstrou-se aceitante quanto à surdez do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----

D) O meu parceiro/A minha parceira...

Caso não tenha um parceiro/uma parceira, seleccione "Não se aplica" e salte para a secção E
(sobre a escola).

Não se aplica

7. Apoiou-me nas responsabilidades (incluindo nas tomadas de decisão) associadas à surdez do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
8. Aprendeu LGP para comunicar com o meu filho/a minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
9. Demonstrou-se aceite quanto à surdez do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

E) A escola do meu filho/da minha filha...

10. Procura incluir-me nas tomadas de decisão acerca do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
11. Facilita e potencia a participação do meu filho/da minha filha em atividades escolares.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
12. Organiza ações de formação em LGP destinadas às famílias do aluno surdo.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
13. Possui docentes, funcionários e administradores com conhecimentos de LGP.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
14. Possui docentes, funcionários e administradores com conhecimentos sobre as implicações académicas e sociais da perda de audição.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

F) Há facilidade em encontrar informação precisa, clara e útil...

15. Sobre os vários tipos de implantes cocleares e aparelhos auditivos.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

16. Sobre serviços de saúde e de apoio disponíveis para o meu filho/a minha filha e a sua família.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
17. Sobre o impacto da surdez no desenvolvimento da criança que seja adequada às minhas necessidades enquanto cuidador/a.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
18. Sobre práticas parentais com uma criança surda.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
19. Sobre as diferentes opções educacionais locais.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

G) Na comunidade onde vivo, há facilidade de acesso...

20. A profissionais de saúde mental com conhecimentos relativos à perda de audição que me possam apoiar e/ou ao meu filho/minha filha quando e se necessário.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
21. A recursos humanos especializados na área da surdez (*e.g.*, especialista em próteses/aparelhos auditivos; audiologista educacional; terapeuta da fala).

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
22. Aos serviços de apoio e de intervenção direcionados às crianças surdas e às suas famílias que sejam do meu interesse.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

H) Os profissionais e as organizações de apoio a que tive/tenho acesso...

23. Oferecem/indicam um *web site* útil.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
24. Demonstram preocupação com o bem-estar e com as necessidades tanto do meu filho/da minha filha como da família, procurando estabelecer um trabalho colaborativo com os cuidadores.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
25. Fornecem recursos informativos precisos sobre serviços de apoio ou de intervenção disponíveis para mim e para o meu filho/a minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
26. Fornecem recursos informativos precisos e imparciais sobre as várias opções existentes (acerca do modo de comunicação, tipo de ensino, tipo de aparelho auditivo, entre outros tópicos).

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

27. Fornecem recursos informativos precisos e imparciais sobre a parentalidade de uma criança surda (*e.g.*, como comunicar e brincar com uma criança surda).

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
28. Prestam um apoio continuado no tempo aos pais de crianças surdas.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
29. Ajudam a encontrar recursos na minha comunidade.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
30. Promovem o contacto com outras famílias com filhos surdos.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
31. Facilitam a ligação a serviços que possibilitam o contacto com adultos surdos.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
32. Promovem o contacto com profissionais especializados.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
33. Fornecem apoio emocional.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

I) De um modo geral, os recursos disponíveis facilitaram...

34. A minha aceitação da surdez.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
35. A minha confiança nas competências para cuidar de uma criança surda.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

ANEXO 5

Escala de Recursos à Parentalidade da Criança Surda – versão para o estudo principal

Tendo em consideração as cinco alternativas de resposta abaixo listadas, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a sua opinião e as suas competências enquanto cuidador/a de uma criança surda.

Dependendo do grau de surdez do seu filho/da sua filha, poderá encontrar algumas frases que considera não se aplicarem ao seu caso. Ainda assim, por favor responda com base na sua experiência.

DF - Discordo fortemente

D - Discordo

N - Nem discordo nem concordo (resposta neutra)

C - Concordo

CF - Concordo fortemente

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Inicialmente, quando fui informado/a do diagnóstico de surdez, foi-me difícil aceitar a surdez do meu filho/da minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Consigo transmitir eficazmente ideias ao meu filho/à minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Encorajo o meu filho/a minha filha a envolver-se em atividades extracurriculares (e.g., atividades desportivas; clubes da escola). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. A partir do diagnóstico de surdez, alterei o meu modo de interagir com o meu filho/a minha filha para melhor responder às suas necessidades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização académica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Quando necessito, sou capaz de procurar serviços de apoio disponíveis na minha comunidade. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Atualmente tenho dificuldade em aceitar a surdez do meu filho/da minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Consigo compreender o que o meu filho/a minha filha me quer dizer ou explicar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. A surdez do meu filho/da minha filha exige que eu assumo o papel de mediador/a nas suas relações. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Adaptei as características da casa às características do meu filho/da minha filha (e.g., luzes para a campainha; despertador adaptado para pessoas surdas).

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
11. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização pessoal.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
12. Considero que a LGP (Língua Gestual Portuguesa) deve ser a língua materna do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
13. Consigo comunicar assuntos complexos (e.g., regras sociais) ao meu filho/à minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
14. Tenho dificuldade em dar ao meu filho/à minha filha o mesmo nível de independência/autonomia que eu daria a crianças ouvintes da mesma idade.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
15. Considero que existe uma atenção excessiva às necessidades do meu filho/da minha filha (e.g., consultas; manter o aparelho auditivo; fazer atividades relativas à terapia) por comparação com as restantes exigências familiares e/ou pessoais.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
16. Considero importante que o meu filho/a minha filha estabeleça contacto com a comunidade e cultura Surda.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
17. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização profissional.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
18. A surdez do meu filho/da minha filha exige que eu assumo o papel de intérprete das comunicações.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
19. Quando necessito, sou capaz de informar-me sobre assuntos associados às necessidades do meu filho/da minha filha.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-
20. Os pais de crianças surdas com o mesmo grau de surdez que o meu filho/a minha filha devem aprender LGP.

DF	D	N	C	CF
----	---	---	---	----
-

Tendo em consideração as cinco alternativas de resposta abaixo listadas, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a sua experiência no contacto com várias fontes de apoio ao cuidado de uma criança surda.

DF - Discordo fortemente

D - Discordo

N - Nem discordo nem concordo (resposta neutra)

C - Concordo

CF - Concordo fortemente

Caso considere que alguma das seguintes fontes de apoio não se aplica ou não é importante para o seu caso, por favor selecione a opção “**NA - Não se aplica/Não acho importante para o meu caso**”, que se encontra à esquerda de cada afirmação.

A) A comunidade...

- | | | | | | | |
|----|--|----|---|---|---|----|
| NA | 1. Potencia a integração da criança surda através de atividades culturais e/ou recreativas adaptadas à surdez. | DF | D | N | C | CF |
| NA | 2. Apresenta sensibilidade e aceitação em relação à pessoa surda e à comunidade Surda. | DF | D | N | C | CF |
-

B) A comunidade Surda...

- | | | | | | | |
|----|--|----|---|---|---|----|
| NA | 3. Demonstra aceitação por um cuidador ouvinte de uma criança surda. | DF | D | N | C | CF |
|----|--|----|---|---|---|----|
-

C) A minha família ...

- | | | | | | | |
|----|--|----|---|---|---|----|
| NA | 4. Apoiou-me nas responsabilidades (incluindo nas tomadas de decisão) associadas à surdez do meu filho/da minha filha. | DF | D | N | C | CF |
| NA | 5. Aprendeu LGP para comunicar com o meu filho/a minha filha. | DF | D | N | C | CF |
-

NA 6. Demonstrou-se aceitante quanto à surdez do meu filho/da minha filha. DF D N C CF

D) O meu parceiro/A minha parceira...

NA 7. Apoiou-me nas responsabilidades (incluindo nas tomadas de decisão) associadas à surdez do meu filho/da minha filha. DF D N C CF

NA 8. Aprendeu LGP para comunicar com o meu filho/a minha filha. DF D N C CF

NA 9. Demonstrou-se aceitante quanto à surdez do meu filho/da minha filha. DF D N C CF

E) A escola do meu filho/da minha filha...

NA 10. Procura incluir-me nas tomadas de decisão acerca do meu filho/da minha filha. DF D N C CF

NA 11. Facilita e potencia a participação do meu filho/da minha filha em atividades escolares. DF D N C CF

NA 12. Organiza ações de formação em LGP destinadas às famílias do aluno surdo. DF D N C CF

NA 13. Possui docentes, funcionários e administradores com conhecimentos de LGP (e.g., intérpretes de LGP). DF D N C CF

NA 14. Possui docentes, funcionários e administradores com conhecimentos sobre as implicações académicas e sociais da perda de audição. DF D N C CF

F) Há facilidade em encontrar informação precisa, clara e útil...

NA 15. Sobre os vários tipos de implantes cocleares e aparelhos auditivos. DF D N C CF

- [NA] 16. Sobre serviços de saúde e de apoio disponíveis para o meu filho/a minha filha e a sua família. DF D N C CF
-
- [NA] 17. Sobre o impacto da surdez no desenvolvimento da criança que seja adequada às minhas necessidades enquanto cuidador/a. DF D N C CF
-
- [NA] 18. Sobre práticas parentais com uma criança surda. DF D N C CF
-
- [NA] 19. Sobre as diferentes opções educacionais locais. DF D N C CF
-

G) Na comunidade onde vivo, há facilidade de acesso...

- [NA] 20. A profissionais de saúde mental com conhecimentos relativos à perda de audição que me possam apoiar e/ou ao meu filho/minha filha quando e se necessário. DF D N C CF
-
- [NA] 21. A recursos humanos especializados na área da surdez (*e.g.*, especialista em próteses/aparelhos auditivos; audiologista educacional; terapeuta da fala). DF D N C CF
-
- [NA] 22. Aos serviços de apoio e de intervenção direcionados às crianças surdas e às suas famílias que sejam do meu interesse. DF D N C CF
-

H) Os profissionais e as organizações de apoio a que tive/tenho acesso...

- [NA] 23. Oferecem/indicam um *web site* útil. DF D N C CF
-
- [NA] 24. Demonstram preocupação com o bem-estar e com as necessidades tanto do meu filho/da minha filha como da família, procurando estabelecer um trabalho colaborativo com os cuidadores. DF D N C CF
-
- [NA] 25. Fornecem recursos informativos precisos sobre serviços de apoio ou de intervenção disponíveis para mim e para o meu filho/a minha filha. DF D N C CF
-
- [NA] 26. Fornecem recursos informativos precisos e imparciais sobre as várias opções existentes (acerca do modo de comunicação, tipo de ensino, tipo de aparelho auditivo, entre outros tópicos). DF D N C CF
-

- [NA] 27. Fornecem recursos informativos precisos e imparciais sobre a parentalidade de uma criança surda (e.g., como comunicar e brincar com uma criança surda). DF D N C CF
-
- [NA] 28. Prestam um apoio continuado no tempo aos pais de crianças surdas. DF D N C CF
-
- [NA] 29. Ajudam a encontrar recursos na minha comunidade. DF D N C CF
-
- [NA] 30. Promovem o contacto com outras famílias com filhos surdos. DF D N C CF
-
- [NA] 31. Facilitam a ligação a serviços que possibilitam o contacto com adultos surdos. DF D N C CF
-
- [NA] 32. Promovem o contacto com profissionais especializados. DF D N C CF
-
- [NA] 33. Fornecem apoio emocional. DF D N C CF
-

I) De um modo geral, os recursos disponíveis facilitaram...

- [NA] 34. A minha aceitação da surdez. DF D N C CF
-
- [NA] 35. A minha confiança nas competências para cuidar de uma criança surda. DF D N C CF
-

ANEXO 6

**Escala de Recursos à Parentalidade da Criança Surda – versão final composta por uma
escala de Recursos Pessoais Específicos seguida de uma escala de Recursos Sociais
Específicos**

Tendo em consideração as cinco alternativas de resposta abaixo listadas, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a sua opinião e as suas competências enquanto cuidador/a de uma criança surda.

Dependendo do grau de surdez do seu filho/da sua filha, poderá encontrar algumas frases que considera não se aplicarem ao seu caso. Ainda assim, por favor responda com base na sua experiência.

DF - Discordo fortemente

D - Discordo

N - Nem discordo nem concordo (resposta neutra)

C - Concordo

CF - Concordo fortemente

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Inicialmente, quando fui informado/a do diagnóstico de surdez, foi-me difícil aceitar a surdez do meu filho/da minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Consigo transmitir eficazmente ideias ao meu filho/à minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Encorajo o meu filho/a minha filha a envolver-se em atividades extracurriculares (e.g., atividades desportivas; clubes da escola). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização académica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Atualmente tenho dificuldade em aceitar a surdez do meu filho/da minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Consigo compreender o que o meu filho/a minha filha me quer dizer ou explicar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização pessoal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Dadas as limitações e o estigma associado à surdez, baixei as minhas expectativas quanto ao que o meu filho/a minha filha conseguirá alcançar, em termos de realização profissional. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Quando necessito, sou capaz de informar-me sobre assuntos associados às necessidades do meu filho/da minha filha. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tendo em consideração as cinco alternativas de resposta abaixo listadas, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a sua experiência no contacto com várias fontes de apoio ao cuidado de uma criança surda.

DF - Discordo fortemente

D - Discordo

N - Nem discordo nem concordo (resposta neutra)

C - Concordo

CF - Concordo fortemente

Caso considere que alguma das seguintes fontes de apoio não se aplica ou não é importante para o seu caso, por favor selecione a opção “**NA - Não se aplica/Não acho importante para o meu caso**”, que se encontra à esquerda de cada afirmação.

A) A comunidade...

- | | | | | | | | |
|------|--|---|----|----|---|---|----|
| [NA] | 1. Potencia a integração da criança surda através de atividades culturais e/ou recreativas adaptadas à surdez. | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">DF</td> <td style="padding: 2px 5px;">D</td> <td style="padding: 2px 5px;">N</td> <td style="padding: 2px 5px;">C</td> <td style="padding: 2px 5px;">CF</td> </tr> </table> | DF | D | N | C | CF |
| DF | D | N | C | CF | | | |
| | | | | | | | |
| [NA] | 2. Apresenta sensibilidade e aceitação em relação à pessoa surda e à comunidade Surda. | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">DF</td> <td style="padding: 2px 5px;">D</td> <td style="padding: 2px 5px;">N</td> <td style="padding: 2px 5px;">C</td> <td style="padding: 2px 5px;">CF</td> </tr> </table> | DF | D | N | C | CF |
| DF | D | N | C | CF | | | |
| | | | | | | | |

B) A minha família ...

- | | | | | | | | |
|------|--|---|----|----|---|---|----|
| [NA] | 3. Apoiou-me nas responsabilidades (incluindo nas tomadas de decisão) associadas à surdez do meu filho/da minha filha. | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">DF</td> <td style="padding: 2px 5px;">D</td> <td style="padding: 2px 5px;">N</td> <td style="padding: 2px 5px;">C</td> <td style="padding: 2px 5px;">CF</td> </tr> </table> | DF | D | N | C | CF |
| DF | D | N | C | CF | | | |
| | | | | | | | |
| [NA] | 4. Aprendeu LGP (Língua Gestual Portuguesa) para comunicar com o meu filho/a minha filha. | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">DF</td> <td style="padding: 2px 5px;">D</td> <td style="padding: 2px 5px;">N</td> <td style="padding: 2px 5px;">C</td> <td style="padding: 2px 5px;">CF</td> </tr> </table> | DF | D | N | C | CF |
| DF | D | N | C | CF | | | |
| | | | | | | | |
| [NA] | 5. Demonstrou-se aceitante quanto à surdez do meu filho/da minha filha. | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">DF</td> <td style="padding: 2px 5px;">D</td> <td style="padding: 2px 5px;">N</td> <td style="padding: 2px 5px;">C</td> <td style="padding: 2px 5px;">CF</td> </tr> </table> | DF | D | N | C | CF |
| DF | D | N | C | CF | | | |
| | | | | | | | |

C) O meu parceiro/A minha parceira...

6. Apoiou-me nas responsabilidades (incluindo nas tomadas de decisão) associadas à surdez do meu filho/da minha filha. DF D N C CF
-
7. Aprendeu LGP para comunicar com o meu filho/a minha filha. DF D N C CF
-
8. Demonstrou-se aceitante quanto à surdez do meu filho/da minha filha. DF D N C CF
-

D) A escola do meu filho/da minha filha...

9. Procura incluir-me nas tomadas de decisão acerca do meu filho/da minha filha. DF D N C CF
-
10. Facilita e potencia a participação do meu filho/da minha filha em atividades escolares. DF D N C CF
-
11. Organiza ações de formação em LGP destinadas às famílias do aluno surdo. DF D N C CF
-
12. Possui docentes, funcionários e administradores com conhecimentos de LGP (*e.g.*, intérpretes de LGP). DF D N C CF
-
13. Possui docentes, funcionários e administradores com conhecimentos sobre as implicações académicas e sociais da perda de audição. DF D N C CF
-

E) Há facilidade em encontrar informação precisa, clara e útil...

14. Sobre os vários tipos de implantes cocleares e aparelhos auditivos. DF D N C CF
-
15. Sobre serviços de saúde e de apoio disponíveis para o meu filho/a minha filha e a sua família. DF D N C CF
-
16. Sobre o impacto da surdez no desenvolvimento da criança que seja adequada às minhas necessidades enquanto cuidador/a. DF D N C CF
-
17. Sobre práticas parentais com uma criança surda. DF D N C CF
-

[NA] 18. Sobre as diferentes opções educacionais locais. DF D N C CF

F) Na comunidade onde vivo, há facilidade de acesso...

[NA] 19. A profissionais de saúde mental com conhecimentos relativos à perda de audição que me possam apoiar e/ou ao meu filho/minha filha quando e se necessário. DF D N C CF

[NA] 20. A recursos humanos especializados na área da surdez (*e.g.*, especialista em próteses/aparelhos auditivos; audiologista educacional; terapeuta da fala). DF D N C CF

[NA] 21. Aos serviços de apoio e de intervenção direcionados às crianças surdas e às suas famílias que sejam do meu interesse. DF D N C CF

G) Os profissionais e as organizações de apoio a que tive/tenho acesso...

[NA] 22. Oferecem/indicam um *web site* útil. DF D N C CF

[NA] 23. Demonstram preocupação com o bem-estar e com as necessidades tanto do meu filho/da minha filha como da família, procurando estabelecer um trabalho colaborativo com os cuidadores. DF D N C CF

[NA] 24. Fornecem recursos informativos precisos sobre serviços de apoio ou de intervenção disponíveis para mim e para o meu filho/a minha filha. DF D N C CF

[NA] 25. Fornecem recursos informativos precisos e imparciais sobre as várias opções existentes (acerca do modo de comunicação, tipo de ensino, tipo de aparelho auditivo, entre outros tópicos). DF D N C CF

[NA] 26. Fornecem recursos informativos precisos e imparciais sobre a parentalidade de uma criança surda (*e.g.*, como comunicar e brincar com uma criança surda). DF D N C CF

[NA] 27. Prestam um apoio continuado no tempo aos pais de crianças surdas. DF D N C CF

[NA]

28. Ajudam a encontrar recursos na minha comunidade.

DF D N C CF

[NA]

29. Promovem o contacto com outras famílias com filhos surdos.

DF D N C CF

[NA]

30. Facilitam a ligação a serviços que possibilitam o contacto com adultos surdos.

DF D N C CF

[NA]

31. Promovem o contacto com profissionais especializados.

DF D N C CF

[NA]

32. Fornecem apoio emocional.

DF D N C CF

H) De um modo geral, os recursos disponíveis facilitaram...

[NA]

33. A minha aceitação da surdez.

DF D N C CF

[NA]

34. A minha confiança nas competências para cuidar de uma criança surda.

DF D N C CF

ANEXO 7

Consentimentos informados direcionados aos cuidadores ouvintes de crianças ouvintes e aos cuidadores ouvintes de crianças surdas

Consentimento informado

Caros pais,

O meu nome é Mariana Narigão e sou aluna da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Encontro-me a realizar a tese de mestrado na área de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Integrativa, sob orientação da Prof. Maria João Afonso. A investigação centra-se na população de pais e mães ouvintes de crianças surdas ou ouvintes, entre os 5 e os 10 anos, e pretende-se avaliar o stresse parental, a prevalência de problemas de saúde mental nas crianças, e os fatores que contribuem para o stresse e para os problemas de saúde mental.

Gostaria de solicitar a sua participação nesta investigação. Se por qualquer motivo não pretender participar no estudo tem todo o direito de o fazer, assim como poderá interromper a sua participação, em qualquer momento, sem que com isso seja prejudicado. Contudo, a sua participação permitirá melhor conhecer e ajudar as crianças surdas e os respetivos cuidadores, esclarecendo as suas dificuldades acrescidas, por comparação com os pais de crianças sem esse problema. Nos questionários que se seguem, não existem respostas certas nem erradas, logo pretendemos apenas saber a sua perspetiva e experiência. Agradeço que os questionários sejam preenchidos por ambos os pais separadamente, daí serem fornecidas duas cópias. O preenchimento dos questionários demora cerca de 15 minutos, devendo de preferência ser realizado de uma só vez. Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade, dado serem anónimos. Se pretender, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida informação quanto aos resultados obtidos, através do seguinte contacto:n.v.mariana1996@gmail.com

Tendo tomado conhecimento da natureza do estudo e da participação que me é solicitada e tendo tido oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, aceito participar no presente estudo.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Muito obrigada pela sua colaboração!

A investigadora,
Mariana Narigão

Consentimento informado

Caros pais,

O meu nome é Mariana Narigão e sou aluna da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Encontro-me a realizar a tese de mestrado na área de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Integrativa, sob orientação da Prof. Maria João Afonso. A investigação centra-se na população de pais e mães ouvintes de crianças surdas ou ouvintes, entre os 5 e os 10 anos, e pretende-se avaliar o stresse parental, a prevalência de problemas de saúde mental nas crianças, e os fatores que contribuem para o stresse e para os problemas de saúde mental.

Gostaria de solicitar a sua participação nesta investigação. Se por qualquer motivo não pretender participar no estudo tem todo o direito de o fazer, assim como poderá interromper a sua participação, em qualquer momento, sem que com isso seja prejudicado. Contudo, a sua participação permitirá melhor conhecer e ajudar as crianças surdas e os respetivos cuidadores. Nos questionários que se seguem não existem respostas certas nem erradas, logo pretendemos apenas saber a sua perspetiva e experiência. Agradeço que os questionários sejam preenchidos por ambos os pais separadamente, daí serem fornecidas duas cópias. O preenchimento dos questionários demora cerca de 35 minutos, devendo de preferência ser realizado de uma só vez. Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade, dado serem anónimos. Se pretender, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida informação quanto aos resultados obtidos, através do seguinte contacto: n.v.mariana1996@gmail.com

Tendo tomado conhecimento da natureza do estudo e da participação que me é solicitada e tendo tido oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas, aceito participar no presente estudo.

Data: ___/___/_____ Assinatura: _____

Muito obrigada pela sua colaboração!

A investigadora,
Mariana Narigão

ANEXO 8

Quadro 3

**Sumário da análise de Regressão Linear Hierárquica para as variáveis preditoras do
stressse parental (N = 75)**

Quadro 3

Sumário da análise de Regressão Linear Hierárquica para as variáveis predictoras do stresse parental (N = 75)

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>B</i>
Idade do cuidador	-.061	.24	-.04	.12	.21	.07
Estado civil do cuidador						
Solteiro versus Casado/União de facto	-1.79	5.49	-.05	-9.84	4.95	-.27
Separado/divorciado versus Casado/União de facto	3.19	7.38	.062	5.28	6.57	.10
Viúvo versus Casado/União de facto	11.81	13.96	.11	-11.86	13.84	-.11
Sexo da criança						
Feminino versus masculino	6.88	3.56	.26	4.79	3.55	.18
Idade da criança	2.03	1.19	.25	.88	1.09	.11
Causa da surdez						
Sindrómico versus Congénito	1.41	14.70	.01	16.29	12.57	.14
Genético versus Congénito	-1.03	7.93	-.02	-3.64	7.28	-.08
Adquirido versus Congénito	1.98	7.97	.06	-.33	6.66	-.01
Desconhecido versus Congénito	1.23	6.64	.05	-1.65	5.84	-.06
Tipo de escola						
Turma regular versus Turma de alunos surdos	13.86	11.28	1.23	4.77	11.06	.06
Turma com alunos ouvintes e surdos versus Turma de alunos surdos	-1.31	4.12	-.05	-6.06	4.13	-.22
Competências de comunicação (KKI)				-1.43	.76	-.30
Autoeficácia (EAG)				-1.29	.46	-.44*
Problemas socioemocionais e comportamentais (SDQ)				1.30	.43	.42*
Apoio social percebido geral (EPS)				.13	.25	.08
Recursos pessoais específicos (ERPCS)				-.25	.49	-.10
Recursos sociais específicos (ERPCS)				.04	.08	.06
Modo de comunicação						
Linguagem oral versus Língua gestual				-4.65	5.65	-.18
Linguagem oral e língua gestual versus Língua gestual				-2.14	5.53	-.08
Outro modo versus Língua gestual				7.04	14.48	.06
Dispositivo de reabilitação auditiva						
Não usa versus Implante coclear				-11.35	6.75	-.24
Aparelho auditivo versus Implante coclear				-20.09	5.84	-.75*
Aparelho auditivo e implante coclear versus Implante coclear				1.01	9.21	.02
Grau de surdez				-9.91	.60	2.71
R ²		.16			-.83*	
F pela mudança em R ²		.92			3.87**	

* $p < .05$ ** $p < .01$

ANEXO 9

Quadro 4

Sumário da análise de Regressão Linear Hierárquica para as variáveis preditoras da prevalência de problemas socioemocionais e comportamentais das crianças (N = 75)

Quadro 4

Sumário da análise de Regressão Linear Hierárquica para as variáveis predictoras da prevalência de problemas socioemocionais e comportamentais das crianças (N = 75)

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>B</i>
Idade do cuidador	-.05	.08	-.10	-.05	.07	-.08
Estado civil do cuidador						
Solteiro versus Casado/União de facto	1.29	1.74	1.09	.95	1.73	.08
Separado/divorciado versus Casado/União de facto	.96	2.11	.06	-.92	1.95	-.06
Viúvo versus Casado/União de facto	1.91	4.52	.05	1.78	4.17	.05
Número de filhos total	-1.40	.64	-.29*	-.60	.64	-.13
Número de filhos surdos	1.84	1.22	.19	-.71	1.33	-.07
Dispositivo de reabilitação auditiva						
Não usa versus Implante coclear	-2.39	1.95	-.16	-3.56	2.12	-.23
Aparelho auditivo versus Implante coclear	2.09	1.17	.24	1.48	1.91	.17
Aparelho auditivo e implante coclear versus Implante coclear	-.52	2.65	-.02	-4.19	2.77	-.20
Tipo de escola						
Turma regular versus Turma de alunos surdos	-1.97	3.40	-.08	3.70	3.47	.14
Turma com alunos ouvintes e surdos versus Turma de alunos surdos	-.89	1.14	-.10	2.38	1.24	.27
Competências de comunicação (KKI)				.02	.23	.01
Sexo da criança						
Feminino versus Masculino				3.61	1.05	.42*
Idade da criança				.68	.34	.26*
Grau de surdez				.94	.84	.24
Modo de comunicação						
Linguagem oral versus Língua gestual				-.68	2.01	-.08
Linguagem oral e língua gestual versus Língua gestual				.01	1.92	.00
Outro modo versus Língua gestual				5.25	4.8	.14
Recursos pessoais específicos (ERPCS)				-.44	.14	-.53*
R ²		.19			.49*	
F pela mudança em R ²		1.29			3.76*	

* $p < .05$ ** $p < .01$