

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL



ALYNE KALYANE CÂMARA DE OLIVEIRA

**AUTOCONCEITO, AUTOEFICÁCIA E PARENTALIDADE:
CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, COM
DESENVOLVIMENTO TÍPICO E SEUS FAMILIARES**

SÃO CARLOS

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

ALYNE KALYANE CÂMARA DE OLIVEIRA

**AUTOCONCEITO, AUTOEFICÁCIA E PARENTALIDADE:
CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, COM
DESENVOLVIMENTO TÍPICO E SEUS FAMILIARES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Educação Especial.

Área de concentração: Educação do Indivíduo Especial.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

Co-orientadora: Profa. Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine

SÃO CARLOS

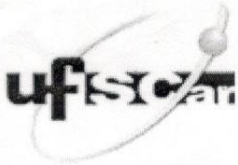
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O48a Oliveira, Alyne Kalyane Câmara de
Autoconceito, autoeficácia e parentalidade :
crianças com deficiência física, com desenvolvimento
típico e seus familiares / Alyne Kalyane Câmara de
Oliveira. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
152 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2016.

1. Família. 2. Cuidadores. 3. Estilos parentais.
4. Autoconceito. 5. Auto-eficácia. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Alyne Kalyane Câmara de Oliveira, realizada em 26/02/2016:

Lidia Maria Marson Postalli

Profa. Dra. Lidia Maria Marson Postalli
UFSCar

Anne Marie Germaine Victorine Fontaine

Profa. Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine
UP

Ana Lucia Rossito Aiello

Profa. Dra. Ana Lucia Rossito Aiello
UFSCar

Edna Maria Marturano

Profa. Dra. Edna Maria Marturano
USP

Lidia Maria Marson Postalli

Profa. Dra. Livia de Castro Magalhães
UFMG

Para Valentina e Hidelbrando.

À minha filha, por ter me revelado o mais puro e sincero amor, por dar mais sentido a minha vida, por todas as emoções e desejos que faz brotar em mim.

Ao meu marido, pela sua luta diária por nossa família, por fazer sentir-me forte e capaz nas dificuldades, por ser a razão de nossa relação.

AGRADECIMENTOS

À **profa. Dra. Thelma Simões Matsukura** por ter aceitado continuarmos nossa parceria no Doutorado e por me conduzir nesse estudo e na vida de uma forma tão atenciosa, sensível, leve e carinhosa. Gratidão por todos os ensinamentos e, especialmente, por toda a compreensão nos diversos momentos vivenciados ao longo desses últimos quatro anos.

À **profa. Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine** pela co-orientação no estudo, por sua receptividade na UPorto, pela disponibilidade em ensinar e auxiliar com toda sua experiência.

Às professoras participantes da Banca do meu Exame de Qualificação e Exame de Defesa **Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello, Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine, Dra. Edna Maria Marturano, Dra. Lidia Maria Marson Postalli e Dra. Lívia de Castro Magalhães**, que contribuíram com seus questionamentos e sugestões para a melhoria deste estudo.

Ao professor **Dr. Jozemar Pereira dos Santos**, pela assessoria estatística e ensinamentos tão úteis para a realização da análise dos dados desta pesquisa.

À **Secretaria Municipal de Educação de Natal, Secretaria de Estado da Educação e da Cultura do Rio Grande do Norte e às escolas** que concordaram em participar, acreditaram na importância do estudo e viabilizaram sua realização, nos acolhendo.

À **equipe de coleta dos dados** pela ajuda dispensada, colaborando em momentos distintos do estudo e possibilitando o alcance de um maior número de participantes.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq**, pela concessão da bolsa de estudos em parte desta pesquisa.

Aos docentes, técnicos administrativos e colegas do **Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da UFSCar – PPGEEs**, onde tive a oportunidade de realizar o Doutorado e aperfeiçoar minha formação em pesquisa.

Às companheiras do **Grupo de Estudo em Desenvolvimento Humano e Saúde Mental**, apesar da distância física que nos separa é sempre muito bom poder compartilhar com vocês.

Aos docentes, técnicos administrativos e colegas do **Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba – UFPB**, onde hoje trabalho, pela torcida e compreensão nos

momentos em que precisei me dedicar às atividades do Doutorado. Muito grata também aos alunos que passam diariamente pela minha vida, por me inspirarem a continuar pesquisando e pela oportunidade diária de fazer o que tanto gosto, exercendo a docência.

Um agradecimento especial à **Joana Rostirolla Batista de Souza** e sua acolhedora família, pela amizade e suporte (na pesquisa e na vida) em vários momentos desde quando nos conhecemos. À **Ana Carolina Camargo Christovam** pelo carinho, trocas e generosidade de sempre, à **Gardenia de Oliveira Barbosa** e à **Joice Luiza Bruno Arnoni** por tudo que vivemos em São Carlos, por representarem uma fase tão importante e marcante em minha vida.

Aos **familiares e aos amigos** de hoje e de sempre, àquelas que têm vivenciado junto comigo a experiência desafiadora e renovadora da maternidade, àqueles que podemos contar a qualquer momento, que incentivam e que têm sempre uma palavra de otimismo e perseverança quando se está difícil... àqueles que cobram a sua presença, mas que também compreendem quando não se é possível estar junto fisicamente, porque acreditam que você está fazendo o melhor que há para se fazer. Especialmente grata aos **meus pais, Arilene e Agamenon**, pela doação e amor incondicional junto aos seus filhos e netos. Também ao **meu irmão, Andrew**, pelo aprendizado que levo das nossas diferenças e pelos sobrinhos queridos que me deste, Arthur e Isadora, fontes de alegria em nossos dias.

Ao **meu amor, Hidelbrando**, por ser minha maior fonte de suporte. Por sua determinação quanto aos nossos ideais e, ao mesmo tempo, por sua flexibilidade quando o caminho da rota precisa ser alterado. Obrigada por lembrar-me que depois dos sacrifícios vem sempre bons frutos, por tentarmos juntos sermos melhores pessoas, pais, professores, pesquisadores, profissionais... por todas as ‘escutas’ e pelo compartilhar das reflexões que hoje fazem parte desse estudo... a nossa parceria e companheirismo em tudo que nos dispomos a fazer é sempre muito importante. E, fundamentalmente, por todas as horas de dedicação à nossa família e de ‘colo’ à nossa pequena grande Valentina.

À **minha filha, Valentina**, por sua existência. Há um ano atrás sentia-me tão insegura pela sua chegada e não tinha ideia de como seria continuar (e finalizar) um Doutorado com um bebê... hoje não consigo imaginar como teria sido sem você! Que benção eu recebi de Deus em poder te ter! Obrigada por tornar-me mãe, por fazer sentir-me mais madura, mais segura, mais capaz de enfrentar os desafios da vida... tudo agora é por você e para você! E isso faz tanto sentido!! Muito obrigada pelo seu sorriso lindo, sincero e radiante, que nos enche de felicidade a qualquer hora e em qualquer lugar! Você é puro amor... amor que transborda e que contagia!!!

Aos **cuidadores familiares** participantes desta pesquisa, que confiaram em mim, na equipe de coleta dos dados e acreditaram de alguma forma na importância do estudo, ao revelarem suas práticas de educação junto aos seus filhos, e à todas as **crianças** que se envolveram e nos contaram sobre si mesmas, com sinceridade e pureza. Muito obrigada por toda a partilha... aprendemos muito com cada um de vocês!!

*“ A vida só pode ser compreendida, olhando-se para trás;
mas só pode ser vivida, olhando-se para frente”.*

(Soren Kierkegaard)

RESUMO

Em crianças com deficiência física, além dos comprometimentos motores da própria condição de saúde e dos fatores contextuais, a forma como a criança se autoavalia, como seu autoconceito e sua autoeficácia, podem levar a repercussões na aprendizagem, no comportamento e na funcionalidade infantil. Dentre os fatores contextuais, aponta-se a influência dos cuidadores familiares no desenvolvimento do autoconceito e da autoeficácia de suas crianças, a partir da forma como orientam o comportamento dos filhos no cotidiano, também denominadas como práticas e estilos parentais. Considerando a importância do autoconceito e da autoeficácia no processo de desenvolvimento da criança em geral e, especificamente, da criança com deficiência física, ao utilizarem suas habilidades nas atividades diárias e como elemento motivacional para a aquisição de novas habilidades funcionais, compreende-se como relevante identificar o modo como estas crianças se percebem em diferentes domínios e as possíveis relações existentes entre os estilos parentais e as autoavaliações infantis. O presente estudo teve como objetivo comparar os estilos parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física (DF) e crianças com desenvolvimento típico (DT), e verificar relações entre estas autoavaliações e os estilos parentais de seus cuidadores familiares. Nesta investigação 112 participantes foram agrupados da seguinte forma: 20 crianças com DF, meninos e meninas, com idade entre 8 e 12 anos, de todos os níveis de comprometimento motor (leve, moderado e grave), inseridas em contexto escolar regular; 36 crianças com DT e 56 cuidadores familiares principais das crianças focalizadas no estudo. A coleta de dados foi realizada em escolas públicas localizadas no município de Natal, no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Os instrumentos utilizados com as crianças de ambos os grupos foram o *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) e o *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS), com os cuidadores dos dois grupos foi utilizada uma Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar, uma Ficha de Caracterização da Criança e o Inventário de Estilos Parentais (IEP) e, ainda o *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) - *Family Report Questionnaire*, utilizado para classificar o nível motor apenas das crianças com DF por seus cuidadores. Os dados foram analisados a partir das tabelas normativas de cada instrumento e de análise descritiva e inferencial, sendo que para as análises comparativas foram usados os Testes t, qui-quadrado, exato de Fisher, ANOVA-*one way e post hoc*-LSD, e para as análises de correlação, o Teste de Pearson. Dentre os resultados, verificou-se que houve diferença significativa na comparação da autoeficácia e do autoconceito na dimensão de ‘aparência física’, na qual o grupo DT apresentou maior média nestas autoavaliações do que o grupo DF.

As médias das práticas parentais ‘monitoria negativa’ e ‘abuso físico’ também foram maiores significativamente no grupo DT do que no grupo DF, embora não tenham sido reveladas diferenças significativas na comparação entre as médias do estilo parental dos cuidadores. Foram encontradas correlações significativas entre a autoeficácia e dimensões do autoconceito das crianças de ambos os grupos investigados, e entre o estilo parental e a autoeficácia das crianças no grupo DT. Também foram identificadas correlações significativas entre as práticas educativas parentais e o autoconceito infantil, tanto no grupo de crianças com DT, como no subgrupo de crianças com DF leve, assim como entre as práticas educativas parentais e a autoeficácia das crianças somente no grupo DT. Considera-se que o presente estudo acrescenta ao conhecimento produzido na área da educação e saúde, permitindo uma análise dos fatores de risco e proteção ao desenvolvimento humano, com enfoque simultâneo sobre as famílias e suas crianças com deficiência física. O estudo traz contribuições para direcionar atuações profissionais que considerem amplamente os contextos de desenvolvimento, a atenção aos familiares cuidadores e o envolvimento ativo de crianças com deficiência nas investigações sobre seu processo de desenvolvimento infantil, por meio de autoavaliação.

Palavras-chaves: Família, cuidadores, estilos parentais, autoconceito, auto-eficácia¹, deficiência física, desenvolvimento típico.

¹ Auto-eficácia mudou para autoeficácia no ano de 2009, quando a nova ortografia entrou em vigor, a partir do Decreto nº 6.583, de 29/09/2008, da Reforma Ortográfica. Os mecanismos de busca costumam considerar a grafia exata dos descritores colocados entre aspas, sendo que nesse caso o descritor exato ainda está na antiga ortografia.

ABSTRACT

For the group of children with physical disabilities, beyond the motor impairments their own health condition and contextual factors, at how the child self-assesses, as the own self-concept and own self-efficacy, may lead to repercussions in learning, behavior and the child feature. Among the contextual factors, points out the influence of family caregivers in the development of self-concept and self-efficacy of their children, from how guide their children's behavior in daily life, also called as practices and parenting styles. Considering the importance of self-concept and self-efficacy in the child development process in general and, specifically, the physically disabled children, to use their skills in daily activities and as a motivational element for the acquisition of new functional skills, it is understood as relevant to identify how these children consider themselves at different domains and the possible relationship between parenting styles and children's self-assessments. This study aimed to compare the parenting styles of family caregivers, the self-concept and self-efficacy of children with physical disabilities (PD) and children with typical development (TD), and evaluate relations among these self-assessments and parenting styles of their caregivers relatives. In this study 112 participants were grouped as follows: 20 children with PD, boys and girls, aged 8 and 12, from all motor impairment levels (mild, moderate and severe), inserted into regular school setting; 36 children with CP and 56 main family caregivers of children targeted in the study Data collection was carried out in public schools located in Natal, in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. The instruments used with the children in both groups were the Self-Perception Profile for Children (SPPC) and Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS), and among the caregivers of both groups one Characterization Data Sheet for the Caregiver and Family Group, one Characterization Data Sheet of Child and the Parenting Styles Inventory (IEP), and also the Gross Motor Function Classification System (GMFCS) - Family Report Questionnaire, used to classify the motor level only in children with PD along with their caregivers. The data were analyzed from the normative tables of each instrument of descriptive and inferential way, and for the comparative analyzes were used the t-test, chi-square, Fisher's exact test, ANOVA-one way and hoc-LSD post, and the correlation analysis, the Pearson Test. Among the results, there was a significant difference in the comparison of self-efficacy and self-concept in the dimension of 'physical appearance', in which the TD group showed higher average of these self-assessments than the PD group. It was also identified significant correlations between parenting practices and child's self-concept, both in the group of children with CP, as in children with mild PD subgroup, as well as between parenting practices and self-efficacy of children only in

the TD group. It is considered that this study contributes adding to the knowledge produced in the area of education and health, allowing an analysis of risk and protective factors to human development, focusing simultaneously on families and their children with physical disabilities. The study brings contributions to direct professional performances that largely consider the development contexts, attention to family caregivers involved and active involvement of children with disabilities in investigations about their children's development process, through self-assessment.

Keywords: Family, caregivers, parenting styles, self-concept, self-efficacy, disability, typical development.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-1 - Publicação dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física em função do tempo (de 1995 a 2015).....29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-1 – Síntese de informações relativas aos artigos publicados de 1995 a 2015 incluídos na revisão sistemática sobre autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física.	26
Quadro 2-1 – Fluxograma do percurso amostral durante a etapa de identificação dos participantes.	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 3-1 – Distribuição das características sociodemográficas, de educação e de saúde das crianças segundo os grupos DF e DT.	68
Tabela 3-2 – Distribuição das características sociodemográficas, econômicas e de educação dos cuidadores das crianças segundo os grupos DF e DT.	69
Tabela 3-3 – Atividades de rotina das crianças.	71
Tabela 3-4 – Condição de saúde e temperamento das crianças.	72
Tabela 3-5 – Tratamentos de reabilitação atuais das crianças com DF.	72
Tabela 3-6 – Comparação das características das crianças e cuidadores segundo os grupos DF e DT.	74
Tabela 3-7 – Comparação dos valores médios das dimensões de autoconceito do SPPC segundo os grupos DF e DT por meio do teste t.	75
Tabela 3-8 – Comparação do valor médio de autoeficácia do PEGS segundo os grupos DF e DT através do teste t de equal variances not assumed.	76
Tabela 3-9 – Comparação do estilo e das práticas educativas parentais dos cuidadores entre os grupos DF e DT através do teste t.	77
Tabela 3-10 – Comparação da autoeficácia, do autoconceito, do estilo e práticas educativas parentais em relação ao nível de comprometimento motor das crianças do grupo DF.	78
Tabela 3-11 – Resumo comparativo dos resultados significativos de todas as correlações investigadas por grupo de crianças.	82
Tabela A-1 – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças com DT, n=36 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).	141
Tabela A-2 – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças com DF, n=20 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).	143
Tabela A-3 – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças DF com comprometimento motor leve, n=11 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).	145
Tabela A-4 – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças DF com comprometimento motor moderado/grave, n=9 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atraso no desenvolvimento
AEE	Atendimento educacional especializado
AMED	Allied and Complementary Medicine Database
BVS	Portal de Pesquisas da Biblioteca Virtual em Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CRPR	Child Rearing Practices Report
DA	Deficiência auditiva
DF	Deficiência física
DI	Deficiência intelectual
DL	Distúrbio de linguagem
DM	Deficiência múltipla
DT	Desenvolvimento típico
DV	Deficiência visual
GMFCS	Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	Inventário de Estilos Parentais
LATINDEX	Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PC	Paralisia cerebral
PEdro	Physiotherapy Evidence Database
PEGS	Perceived Efficacy and Goal Setting System
PePSIC	Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia
PPGEEs	Programa de Pós-Graduação em Educação Especial
Redalyc	Rede de Revistas Científicas de América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
RE-HSE-P	Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SD	Síndrome de Down
SECADI	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão
SPPC	Self-Perception Profile for Children
SRM	Sala de Recursos Multifuncionais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDC	Transtorno do desenvolvimento da coordenação
TDHA	Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UnP	Universidade Potiguar
VQ	The Volitional Questionary

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E REPERCUSSÕES NA FUNCIONALIDADE.....	15
1.2 AUTOAVALIAÇÕES INFANTIS: ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE AUTOCONCEITO E AUTOEFICÁCIA	18
1.3 AUTOCONCEITO E AUTOEFICÁCIA EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	23
1.4 A INFLUÊNCIA DA PARENTALIDADE SOBRE AS AUTOAVALIAÇÕES INFANTIS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO E À AUTOEFICÁCIA.....	37
1.5 OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	45
2 MÉTODO.....	47
2.1 PARTICIPANTES.....	47
2.2 LOCAL	48
2.3 INSTRUMENTAÇÃO	49
2.3.1 Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e Ficha de Caracterização da Criança.....	49
2.3.2 Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire (GMFCS Family Report Questionnaire).....	49
2.3.3 Self-Perception Profile for Children (SPPC).....	50
2.3.4 Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS).....	52
2.3.5 Inventário de Estilos Parentais (IEP).....	54
2.4 PROCEDIMENTOS	55
2.4.1 Aspectos Éticos	55
2.4.2 Procedimentos de Teste	56
2.4.3 Identificação dos Participantes	59
2.4.4 Equipe de Coleta dos Dados.....	63
2.4.5 Coleta dos Dados	63

2.4.6	Análise dos Dados	65
3	RESULTADOS	67
3.1	RESULTADOS DESCRITIVOS	67
3.1.1	Caracterização e Detalhamento dos Participantes	67
3.2	RESULTADOS DAS ANÁLISES COMPARATIVAS.....	73
3.3	RESULTADOS DAS ANÁLISES DE CORRELAÇÃO.....	79
3.3.1	Análises de Correlação Considerando o Grupo de Crianças com Desenvolvimento Típico (DT)	79
3.3.2	Análises de Correlação Considerando o Grupo de Crianças com Deficiência Física (DF).....	80
3.3.3	Análises de Correlação Investigadas no Grupo DF de Crianças com Comprometimento Motor Leve.....	81
3.3.4	Análises de Correlação Investigadas no Grupo DF de Crianças com Comprometimento Motor Moderado ou Grave	81
3.3.5	Resumo Comparativo dos Resultados das Análises de Correlação Investigadas no Estudo.....	82
4	DISCUSSÃO.....	84
4.1	SOBRE AS HIPÓTESES TESTADAS.....	84
4.2	SOBRE OUTROS DADOS: ESTILO E PRÁTICAS PARENTAIS, NÍVEL DE COMPROMETIMENTO MOTOR E O BRINCAR DAS CRIANÇAS, SALAS DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DO ALUNADO PELAS ESCOLAS E SECRETARIAS	99
4.3	SOBRE PERSPECTIVAS DE AÇÕES E INTERVENÇÕES.....	104
4.4	SOBRE O ESTUDO: AVANÇOS, LIMITES E QUESTÕES FUTURAS	108
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
	APÊNDICES	127
	ANEXOS.....	149

APRESENTAÇÃO

Inicialmente, peço licença para brevemente discorrer sobre minha trajetória pessoal e acadêmica, numa tentativa de propiciar ao leitor melhor compreensão de meus interesses de pesquisa e do contexto em que se insere o presente estudo.

Sou terapeuta ocupacional, formada no ano de 2008 pela Universidade Potiguar (UnP), em Natal/RN, minha cidade de origem. Neste mesmo ano mudei-me para a cidade de São Carlos/SP, onde me especializei em Intervenção em Neuropediatria e em Reabilitação do Membro Superior pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Em 2010 ingressei na primeira turma de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO), oferecida por esta mesma universidade, e tive o prazer de ser orientada pela professora Dra. Thelma Simões Matsukura. Em 2012 dei início ao curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (PPGEEs) da UFSCar, onde pude continuar a parceria com a professora Thelma e os trabalhos com o grupo de pesquisa em desenvolvimento humano e saúde mental coordenado por ela. Como docente, fui professora substituta do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar entre 2011 e 2012, e desde 2014 atuo como professora Assistente do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no campus de João Pessoa/PB.

Desde o princípio de minha atuação profissional, a atenção à infância tem marcado minha trajetória, com ações e pesquisas voltadas principalmente para a saúde e a educação da criança com deficiência, de seus familiares e demais aspectos que perpassam os contextos em que estas populações se inserem.

Na ocasião do estudo de Mestrado, na linha de pesquisa “Promoção do desenvolvimento humano nos contextos de vida diária”, investigamos a percepção/julgamento de cuidadores familiares de crianças com paralisia cerebral e de profissionais da reabilitação sobre o desempenho funcional dessas crianças e fatores relacionados à avaliação dos pais acerca da funcionalidade de sua criança com deficiência. Neste percurso, passei a indagar-me acerca da percepção que as crianças têm sobre si mesmas, numa tentativa de “dar voz” às crianças com deficiência, acreditando na importância desta autoavaliação em seu desenvolvimento, como elemento motivacional e que deve ser considerado por aqueles que lidam diretamente com esta população, seja em

contexto domiciliar, escolar ou terapêutico. Mais que isso, não podemos esquecer da criança enquanto ser singular e sujeito de direitos, de maneira que seus desejos e julgamentos, inclusive sobre si mesma, devem ser considerados.

Verifica-se, na prática, a consideração destes aspectos por parte de alguns profissionais da área da saúde e/ou da educação, mas em geral, não há uma análise sistemática sobre os julgamentos infantis, com o uso de protocolos ou técnicas de avaliação, o que poderia potencializar o sucesso e a eficiência das intervenções. Um melhor entendimento sobre estes julgamentos pode ajudar os profissionais a interpretar os resultados de suas intervenções e criar abordagens efetivas para desenvolver na criança a confiança sobre si mesma. Nos casos em que tais aspectos não são sequer considerados, a prevenção de problemas e a promoção do desenvolvimento da criança ficam a desejar.

Nesta direção, surgiu a proposta de estudo do Doutorado, na linha de pesquisa “Práticas educativas e de prevenção: processos e problemas” do PPGEEs, com o propósito de investigar as autoavaliações infantis e relações entre estas e as práticas educativas parentais, tanto na população de crianças com deficiência física, como em crianças com desenvolvimento típico.

Ao decidir investigar sobre autoavaliações tive que me debruçar sobre referenciais da Psicologia do Desenvolvimento, para compreensão das intituladas crenças autorreferenciadas, selecionando o autoconceito e o senso de autoeficácia como objetos de estudo de nossa pesquisa. Além destes, a parentalidade foi outro conceito que consideramos relevante focalizar neste estudo.

É importante apontar que tal investigação se deu no cenário da rede escolar pública de Natal/RN, cidade localizada na região nordeste do Brasil. Durante o período do curso de Doutorado surgiu a oportunidade de retornar a residir em minha cidade natal, o que me levou a realizar a coleta de dados do estudo neste município e oportunizou revelar um pouco de sua realidade – descentralizando as pesquisas que acontecem, em sua maior parte, na região sudeste do país.

Buscando contextualizar o campo de investigação da presente pesquisa, apresentar os principais constructos e conceitos envolvidos na temática e fundamentar a justificativa do estudo, o primeiro capítulo desta tese está dividido em quatro seções: na primeira são abordados os conceitos de deficiência física e suas repercussões na funcionalidade da

criança; na segunda, os aspectos conceituais das autoavaliações infantis, com ênfase no autoconceito e na autoeficácia; na terceira são apresentados os estudos que já se propuseram a investigar o autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física; na quarta seção, discorre-se a respeito da influência da parentalidade – práticas educativas e estilos parentais – sobre as autoavaliações infantis; e na quinta seção são apresentados o objetivo geral que norteia o estudo em questão e as hipóteses de pesquisa que foram investigadas.

A metodologia da pesquisa é detalhada no segundo capítulo, com descrição dos participantes, do local de pesquisa, da instrumentação utilizada e dos procedimentos realizados, evidenciando todo o caminho percorrido pela pesquisadora para alcance dos objetivos traçados inicialmente.

No terceiro capítulo estão os resultados obtidos, tanto os resultados descritivos, quanto os resultantes das análises estatísticas inferenciais: comparativas e correlacionais.

No quarto capítulo da tese apresenta-se a discussão dos principais resultados e no quinto capítulo são apresentadas as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E REPERCUSSÕES NA FUNCIONALIDADE

Desde a década de 70, estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) apontam que aproximadamente 10% da população mundial apresenta algum tipo de deficiência (OMS, 1981). Este percentual tem acompanhado o crescimento da população e, mesmo com o avanço da tecnologia na saúde, é aceito mundialmente como o melhor referencial a ser utilizado na implantação de projetos e políticas públicas destinados à equiparação de oportunidades para a pessoa com deficiência (SASSAKI, 2001). Nesta direção, dados mais recentes do Relatório Mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) indicam que mais de um bilhão de pessoas vivem com algum tipo de deficiência atualmente, ou seja, cerca de 15% da população mundial. No Brasil as estimativas são de mais de 45,6 milhões (23,9%) de pessoas com algum tipo de incapacidade, seja intelectual ou para se locomover, ver ou ouvir (IBGE, 2010).

As estimativas de prevalência de deficiência variam em função da definição e do método de mensuração, todavia, tem sido amplamente utilizada desde de 2004 a estimativa global de 93 milhões de crianças com 14 anos de idade ou menos, que vivem com algum tipo de deficiência moderada ou grave no mundo (UNICEF, 2013). Ao voltar a atenção para o cenário nacional, 3.905.235 (8,5%) é a estimativa de crianças com deficiência na faixa etária de 0 a 14 anos no Brasil (IBGE, 2010).

A deficiência pode ser classificada em física/motora, auditiva, visual, intelectual ou múltipla, quando duas ou mais deficiências estão associadas. Segundo o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 da legislação brasileira, a deficiência do tipo física é conceituada como "alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções" (BRASIL, 1999).

Para o Ministério da Educação (MEC) a pessoa com deficiência física (DF) é aquela que possui alterações que comprometem a realização de determinada atividade física, ou seja, são diferentes condições motoras que acometem as pessoas comprometendo a mobilidade, a coordenação motora geral e a fala, em consequência de lesões neurológicas, neuromusculares, ortopédicas, más formações congênicas ou adquiridas (MEC, 2006).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que do total de pessoas com deficiência no Brasil, 13.265.599 (7,0%) declararam ter deficiência física. Deste percentual, destaca-se que 453.414 (3,4%) são crianças com idade entre 0 e 14 anos (IBGE, 2010).

Entre as deficiências físicas mais comuns na infância tem-se a paralisia cerebral (PC), que compreende um grupo de desordens do movimento e postura, atribuídos a distúrbios não-progressivos que ocorrem durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil (ROSEMBAUM et al., 2007). A incidência da PC tem se mantido estável nos últimos 40 anos, estando entre dois e 2,5 casos por 1.000 nascidos vivos nos países desenvolvidos (LAMMI; LAW, 2003). Estima-se que no Brasil ocorram de 30.000 a 40.000 novos casos de crianças com PC por ano (DEFNET, 2009).

Devido aos danos resultantes de lesões cerebrais, as crianças com PC podem apresentar comprometimentos diversos, a depender do alcance da lesão no Sistema Nervoso Central, geralmente associados à gravidade da seqüela e à idade da criança (MANCINI et al., 2004a).

Por todas as manifestações clínicas da PC, bem como das demais condições que levam à deficiência física que acometem as crianças, estas podem apresentar comprometimento no processo de aquisição de habilidades funcionais, com limitação nas atividades da rotina diária, restrição no repertório funcional e na participação social² (ROSEMBAUM et al., 2007; MANCINI et al., 2004a; ALLEGRETTI; MANCINI; SCHWARTZMAN; 2004). Os atrasos funcionais se refletem em dificuldades de execução

² O termo “habilidades funcionais” pode ser entendido como as habilidades de desempenho motoras, processuais e de interação social. São consideradas uma classificação das ações, que abrangem múltiplas capacidades e, quando combinadas, são a base da capacidade de participar em ocupações e atividades desejadas. Já “repertório funcional” refere-se ao conjunto de tarefas e atividades funcionais que a pessoa é capaz de desempenhar em seu cotidiano; e “participação social” como o envolvimento da pessoa nas áreas de ocupação (como atividades da vida diária, educação e brincar, quando nos referimos as ocupações infantis), resultante da interação pessoa-ambiente (OLIVEIRA, 2012; AOTA, 2014).

e participação principalmente nas áreas do cuidado pessoal, da educação e do brincar (NELSON, 2004), que compreendem as principais atividades e tarefas do cotidiano infantil.

A importância de considerar as habilidades funcionais é preconizada pelo modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que reflete uma modificação da abordagem centrada apenas na doença, para um entendimento da funcionalidade como componente de saúde e considera as repercussões funcionais e sociais na vida da pessoa. De acordo com a CIF, a funcionalidade é gerada a partir da interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais (pessoais ou ambientais) (OMS; OPAS, 2003).

Enquanto modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde, a CIF ainda destaca a relação entre a condição de deficiência que a criança apresenta e o ambiente em que ela se encontra, ressaltando que as características ambientais circundantes podem atuar tanto como facilitadoras, quanto como limitadoras da funcionalidade infantil.

O impacto da DF no repertório funcional das crianças, como as com PC, pode ser traduzido no desempenho de uma menor variedade de atividades diárias, e em consequência, em menor participação social, como observado por Brown e Gordon (1997). A participação social da criança, para Hammal, Jarvis e Colver (2004), é influenciada, prioritariamente, pelo contexto ambiental, uma vez que em investigação com 433 crianças com paralisia cerebral residentes no Norte da Inglaterra (número equivalente a 92% do total de crianças com PC nesta região na ocasião em que foi realizado o estudo), constataram em sua amostra crianças com PC com quadro motor semelhante (em relação à gravidade), apresentando desempenho diferente conforme o meio ambiente em que viviam.

Resultados de outros estudos (BRASILEIRO et al., 2009; BRASILEIRO; MOREIRA; JORGE, 2009; HAMMAL; JARVIS; COLVER, 2004) reforçam a ideia de que o processo de desenvolvimento infantil resulta da interação entre herança genética e influências ambientais.

Dentre as influências ambientais, que podem ser caracterizadas pelo ambiente físico ou social (OLIVEIRA, 2012), destacam-se as condições nutricionais, fatores econômicos, sociais, culturais, acesso à atividades de lazer e atitudes parentais – com ênfase nas relações parentais e nas experiências que os familiares promovem para suas crianças – como alguns dos fatores ambientais com impacto na participação da criança na sua rotina diária (BARROS et al., 2003; CASE-SMITH, 1998). Assim, se a criança com deficiência física

apresenta comprometimentos em termos de funcionalidade nas tarefas do cotidiano, influências ambientais podem minimizar tais comprometimentos.

1.2 AUTOAVALIAÇÕES INFANTIS: ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE AUTOCONCEITO E AUTOEFICÁCIA

Focalizando a funcionalidade infantil, ou seja, as habilidades que as crianças apresentam ao realizar tarefas do cotidiano, acredita-se que a limitação ou ampliação do repertório funcional possa ser influenciada pelo que a criança percebe sobre si mesma em diferentes domínios e de suas habilidades para desempenhar as atividades diárias, uma vez que cada pessoa possui um sistema de crenças que afeta seus pensamentos, sentimentos e conseqüentemente, suas ações. Considera-se que as crianças são capazes de se engajarem em autoavaliações, de alterarem seu próprio pensamento e os comportamentos subsequentes. Entre estas avaliações se inclui o autoconceito e a autoeficácia (SCHUNK, 1995; BANDURA, 1989).

O autoconceito ou autopercepção pode ser definido como conjunto de atribuições cognitivas que uma pessoa faz a respeito de si, de suas características pessoais e de seu comportamento em situações objetivas (CANDIEUX, 1996). Trata-se de um constructo multidimensional, no sentido de que envolve atribuições em diferentes domínios, como conduta comportamental, aparência física, desempenho cognitivo/acadêmico, desempenho motor/atlético e aceitação social, dentre outros (HARTER, 1996; HARTER, 1985).

Explorado por diversas áreas, como a psicologia, a sociologia e a educação, há consenso na literatura de que o autoconceito começa a ser construído na infância, a partir das interações com os outros e das interpretações que a criança faz do seu ambiente (FIERRO, 1996), podendo ser alterado ao longo da vida de acordo com as experiências que são significativas para cada pessoa (HARTER, 1996).

Pesquisadores buscaram ampliar os conhecimentos relacionados ao desenvolvimento do autoconceito, a partir da ideia proposta na década de 60 por Coopersmith (COOPERSMITH, 1967³ *apud* FARIA; FONTAINE, 1995), de que as crianças recebem informações sobre si mesmas dos adultos significativos em sua vida, e

³ COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco, W. H. Freeman, 1967.

que, com base nessas impressões recebidas, desenvolvem uma imagem positiva ou negativa sobre si mesmas.

Atualmente, sabe-se que o autoconceito é formado por (a) componentes afetivos, que seriam mais subjetivos e internos; (b) componentes sociais, mais relacionados com o significado que a conduta dos indivíduos tem para os demais; (c) componentes físicos, fundamentais nas atitudes e na aparência geral dos indivíduos e, (d) componentes acadêmicos, que dizem respeito ao sentimento que a criança tem perante seu contexto escolar e que, na maioria das vezes, é formado pela interação com os colegas e professores (SUEHIRO et al., 2009).

A autoestima pode ser entendida como o componente afetivo do autoconceito. Conforme Maslow⁴ (1954) *apud* Taylor et al. (2014), a autoestima se origina de duas fontes principais: de quão competentes as crianças se consideram em diversos aspectos da vida e do apoio social que recebem de outras pessoas. O nível de autoestima influencia nas expectativas de futuro da pessoa, nas relações afetivas e na forma de se adaptar às demandas ambientais. Assim, pessoas com alta autoestima estão acostumadas a ser bem recebidas e sucedidas, são capazes de se aproximar de outras pessoas, tarefas e novas situações livremente, com confiança em sua capacidade de interagir e de se dar bem com outros e responder favoravelmente aos desafios da vida (TAYLOR et al., 2014).

Em geral, a autoestima é referida como uma avaliação global do valor próprio, a qual não é meramente a soma de todas as avaliações separadas que a pessoa faz de si e de suas habilidades nos diferentes domínios, podendo ser denominado por alguns autores como autoconceito global (BEE, 2003).

O autoconceito é decisivo para a saúde e para o bem-estar ao longo da vida e, conforme apontam Taylor et al. (2014), quase toda experiência de vida pode influenciar o autoconceito de uma pessoa.

Enquanto o autoconceito possui um caráter mais amplo, uma avaliação mais pura das capacidades e competências pessoais, com perspectiva multidimensional, a autoeficácia se refere ao autojulgamento diante de uma tarefa e contexto específico, relacionada às expectativas ligadas ao *self* e à percepção de sua própria capacidade, ou seja,

⁴ MASLOW, A. **Motivation and personality**. New York: Harper and Row, 1954.

uma avaliação daquilo que acredita ser capaz de fazer a partir das competências que possui (NEVES; FARIA, 2009; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008; PAJARES, 1996).

Assim, embora sejam constructos afins, as diferenças entre estas autoavaliações devem ser observadas. Conforme já abordado, o autoconceito refere-se à percepção de competência em domínios de realização, como um julgamento sobre a competência pessoal (“eu sou”, “eu tenho”); a autoeficácia refere-se a confiança na competência percebida para realizar uma tarefa, como um julgamento sobre a confiança nessa competência (“eu posso”, “eu consigo”) (BONG, 2006⁵ *apud* ZANNI, 2015).

O constructo autoeficácia ou competência percebida reflete a habilidade para avaliar sua própria capacidade em realizar uma determinada tarefa (MISSIUNA et al., 2006). De acordo com Bandura et al. (1996), o conceito de autoeficácia, originado da Teoria Social Cognitiva⁶, envolve o julgamento da pessoa sobre sua capacidade para mobilizar recursos e agir para controlar demandas do ambiente.

Bong e Skaalvik (2003) assinalam que o senso de autoeficácia é mais dependente do contexto específico em que a pessoa faz o autojulgamento e, por essa razão, espera-se que seja menos estável e mais maleável que o autoconceito.

Assim como o autoconceito, o senso de autoeficácia também começa a ser construído na infância, quando a criança se percebe produzindo efeitos por meio das suas ações, por exemplo, ao balançar um chocalho criando sons ou ao chorar para receber assistência dos pais, sendo as primeiras experiências centradas na família (BANDURA, et al., 1996). Este autor relata que o desenvolvimento da autoeficácia se dá por intermédio das competências exigidas ao longo da vida de forma intuitiva: indivíduos se envolvem em atividades, interpretam os resultados de suas ações, usam a interpretação para desenvolver crenças sobre sua capacidade e, ao envolverem-se em futuras atividades em domínios similares, agem de acordo com as suas crenças prévias.

⁵ BONG, M. Asking the right question: how confident are you that you could successfully perform these tasks? In: PAJARES, F.; URDAN, T. **Self-efficacy beliefs of adolescents**. Greenwich, 2006. p. 287-305.

⁶ Proposta por Albert Bandura, aborda o papel ativo atribuído aos indivíduos no processo de aprendizagem e a interlocução que eles fazem com o ambiente, principal mediador deste processo. Nessa teoria, o autodesenvolvimento e a mudança de comportamento humano são explicados a partir da perspectiva da agência. De modo simplificado, ser agente significa ser capaz de desenvolver mecanismos de autoregulação. Basicamente, nesta teoria, o comportamento do indivíduo, os fatores pessoais e o ambiente influenciam-se mutuamente em uma relação denominada reciprocidade triádica (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Para Bandura et al. (1996) os julgamentos de autoeficácia atuam como mediadores entre os fatores que influenciam o comportamento, tais como aptidões, conhecimentos, realizações prévias e habilidades e o comportamento subsequente. Esta influência ocorre tanto por uma ação direta, como por meio do seu impacto no próprio autoconceito, nos processos de motivação, nas expectativas de resultados, bem como nas escolhas e interesses, que irão afetar o nível e o tipo de comportamento infantil (PAJARES; VALIANTE, 1997).

Este tipo de julgamento sobre si mesmo é um fator que permite à criança se perceber com a competência necessária para obter o seu próprio bem-estar, como um fator moderador da capacidade funcional na participação e qualidade de vida (BAUM; CHRISTIANSEN, 2005; BAYDALA; HIEBERT; MALEC, 2000; BANDURA, 1982).

A criança que possui uma percepção de autoeficácia positiva, mantém a crença de que é capaz de alcançar os resultados almejados para si, podendo fazer planos e traçar metas. Por outro lado, uma percepção de autoeficácia negativa pode levar ao abandono de uma estratégia ou comportamento durante determinada intervenção, estando a autoeficácia também relacionada à adesão terapêutica na prática clínica (BANDURA, 1997; LENT; MADDUX, 1997).

De acordo com Fernandes e Milani (2010), as crenças de autoeficácia influenciam a vida da criança de uma forma generalizada. Para compreender a abrangência desta influência se faz necessário entender que, de maneira geral, tais crenças influenciam o envolvimento com metas estabelecidas, o nível de motivação, a perseverança frente às dificuldades e a resiliência às adversidades (MEDEIROS et al., 2000).

Muito embora se reconheça que crianças apresentam maior dificuldade para se expressar, considera-se que a autoavaliação é o único caminho para determinar o que a criança percebe de si mesma, com evidências de que esta é válida e confiável (CORREDEIRA; SILVA; FONSECA, 2008; RUGGIO; MAGALHÃES, 2008; MISSIUNA et al., 2006; STURGESS; RODGER; OZANNE, 2002).

Assim como as autoavaliações influenciam a motivação e a aprendizagem para a demanda de atividades, Bandura et al. (1996) apontam que fatores ambientais e pessoais também afetam estes constructos, na sua origem e desenvolvimento.

Araújo (2012) descreve que a formação do autoconceito depende das considerações e percepções que o indivíduo tem de si mesmo e, também do julgamento que os outros fazem dele, sobretudo, influenciado pelas interações estabelecidas nos contextos familiar, social e escolar.

De acordo com Taylor et al. (2014), os principais fatores que influenciam o autoconceito incluem aspectos culturais, recursos internos e externos, experiências de sucesso e fracasso, eventos estressores e doença ou trauma.

Entende-se que à medida que a criança internaliza valores dos pais e dos pares, a cultura começa a influenciar no seu autoconceito, sendo que se a cultura é relativamente estável, pouca tensão pode ser experimentada entre o que a cultura espera da criança e que esta espera de si. Também podem ser determinantes do autoconceito recursos pessoais internos que o indivíduo reconhece, assim como à capacidade de identificar e utilizar recursos externos, como exemplo, as redes de apoio que são disponíveis para cada pessoa (TAYLOR et al., 2014).

Pessoas com história de fracasso repetido, seja na escola, com os amigos, no trabalho ou outros, podem se perceber como fracassadas, perpetuar esta imagem de forma inconsciente, encorajando outros a tratá-las dessa forma, o que influenciará de maneira negativa o autoconceito. Por outro lado, experiências bem-sucedidas, podem incentivar a pessoa a se esforçar para alcançar um próximo sucesso, tecendo um autoconceito positivo (TAYLOR et al., 2014).

Eventos estressores, como morte de ente querido, doença aguda ou crônica, divórcio, novo emprego ou perda deste, entre outros, podem trazer à tona uma resposta pessoal e mobilizar talentos da pessoa, resultando em boas sensações sobre o eu; ou podem repercutir em paralisia emocional, com diminuição do autoconceito. Doenças, traumas ou o próprio envelhecimento também podem impor sérias ameaças ao autoconceito, devido à valorização social do corpo saudável como padrão de normalidade, com ênfase na juventude, na saúde, nos padrões típicos de beleza e de atração física. Contudo, a reação de cada pessoa e a repercussão em seu autoconceito variam em função das crenças internas sobre o eu que essas condições podem impor (TAYLOR et al., 2014).

Dentre os fatores que afetam a autoeficácia estão as experiências, realizações e desempenhos anteriores; experiência vicariante; persuasão social; estados fisiológicos e afetivos (BANDURA, 1997; 1986).

Conforme Bandura (1986), os mais importantes fatores que influenciam o desenvolvimento da autoeficácia são as experiências, realizações e desempenhos anteriores, uma vez que a experiência atua como principal fonte de informação acerca das capacidades de uma pessoa. Nesta direção, a experiência escolar e o rendimento acadêmico de crianças típicas têm sido citados como uns destes fatores, com papel crucial na formação das autoavaliações das crianças (SOUZA; BRITO, 2008; STEVANATO et al., 2003).

A experiência vicariante refere-se ao que se aprende a partir da experiência do outro, e desta maneira, a observação do desempenho de outras pessoas também fornece informações importantes sobre quais desempenhos se pode apresentar (SOUZA; BRITO, 2008; BANDURA, 1986).

Já a persuasão social diz respeito às informações recebidas das pessoas que estão ao redor sobre suas capacidades e desempenhos (SOUZA; BRITO, 2008; BANDURA, 1986). Neste sentido, pais, professores e profissionais da educação e saúde também exercem função decisiva ao proporcionarem *feedback* positivo, melhorando a crença pessoal e incentivando, inclusive crianças com deficiência, a se engajarem em novas atividades (GALVÃO; LAGE; RODRIGUES, 2008).

Por último e com repercussão mais limitada sobre a crença pessoal, atuam os estados fisiológicos e afetivos, por constituírem um fator situacional. Ainda que em parte, sabe-se que as pessoas também consideram informações sobre seu estado fisiológico e afetivo para julgar suas capacidades e desempenhos (SOUZA; BRITO, 2008; BANDURA, 1986).

1.3 AUTOCONCEITO E AUTOEFICÁCIA EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Somam-se aos apontamentos da literatura, considerações acerca da importância que as autoavaliações parecem assumir no processo de desenvolvimento da criança com deficiência (CORREDEIRA et al., 2007; DUNN; DUNN, 2006). Como elemento de valor

motivacional, tanto para a criança utilizar habilidades existentes, como para a aquisição de novas habilidades que poderão ser incorporadas ao repertório funcional, compreende-se como relevante identificar o modo como estas crianças se percebem em diferentes domínios, sendo que estas informações podem ser úteis para os interessados em investigar e/ou intervir junto a esta população, seja em contextos educativos, terapêuticos ou sociais.

Nesta direção, como exemplo, Corredeira et al. (2007) apontam que o senso de autoeficácia motora é uma crença de grande interesse, pois se a criança com deficiência física tiver percepção acurada de suas habilidades, isso pode gerar motivação e facilitar o processo de intervenção. Dunn e Dunn (2006) também destacam que existe lacuna de pesquisas nessa área, sendo importante aumentar o conhecimento sobre as relações entre o senso de autoeficácia e o comportamento de crianças com dificuldades motoras em atividades físicas.

Para o presente estudo, foi realizado levantamento bibliográfico que utilizou critérios de revisão sistemática da literatura, com o propósito de identificar pesquisas anteriores que investigaram sobre o autoconceito e a autoeficácia em crianças com deficiência física, para evidenciar o que elas têm revelado acerca das autoavaliações na população em questão e as lacunas de conhecimento neste domínio.

A busca foi realizada, considerando o período de publicação dos artigos entre os anos de 1995 e 2015, no Portal de Pesquisas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que inclui várias bases de dados eletrônicas, como a Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Cochrane. As bases de dados Index Psi Periódicos, o PubMed, o Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), a Rede de Revistas Científicas de América Latina, Caribe, Espanha e Portugal (Redalyc) e o Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal (LATINDEX) também foram consultados, no período compreendido entre os dias 4 e 24 de maio de 2015, por meio de combinação entre os termos: ‘criança’, ‘autoeficácia’, ‘autoconceito’, ‘autopercepção’, ‘pessoas com deficiência’ e ‘paralisia cerebral’, além de seus respectivos termos em inglês. Os estudos considerados para a revisão deveriam se enquadrar nos critérios de inclusão: publicação no formato de artigo original ou de revisão; em idioma português, inglês ou espanhol; que

abordassem os constructos autoconceito ou autoeficácia em crianças com deficiência física e disponíveis na íntegra para a leitura.

Considerando os critérios de inclusão adotados para a revisão, foram selecionados nove estudos, sintetizados no Quadro 1-1.

Quadro 1-1 – Síntese de informações relativas aos artigos publicados de 1995 a 2015 incluídos na revisão sistemática sobre autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física.

Autor, ano e local	Tipo de estudo	Objetivo	Amostra	Variável investigada	Instrumento de medida para o autoconceito ou autoeficácia	Desfecho em relação ao autoconceito ou autoeficácia
Shields, Taylor e Dodd (2008), Austrália.	Metanálise	Determinar se crianças com espinha bífida apresentam mais baixo autoconceito quando comparadas a seus pares com desenvolvimento típico.	15 artigos que incluíam 1340 crianças com espinha bífida, meninos e meninas, entre 4 e 18 anos, a maioria com lesão na região lombar ou sacral e que faziam uso de equipamento de auxílio para mobilidade.	Autoconceito	Não se aplica.	Escore significativamente menor para crianças com espinha bífida do que para crianças típicas, nos domínios de autoconceito global, aparência física, competência atlética, aceitação social e competência acadêmica. Não houve diferença entre os grupos para o domínio de conduta comportamental. Em média crianças com espinha bífida apresentam autoconceito mais baixo do que seus pares com desenvolvimento típico.
Soyupek et al. (2010), Turquia.	Transversal	Identificar se a qualidade de vida e o autoconceito em crianças com PC diferem dos de crianças sem deficiência; e investigar variáveis preditivas que podem afetar a qualidade de vida e o autoconceito destas crianças.	86 crianças, sendo: 40 com PC de todos os níveis de gravidade motora do GMFCS, com idade entre 9 e 18 anos, e 46 sem deficiência, de mesma idade e gênero de seus pares.	Autoconceito	Piers-Harris Self-concept Scale de Piers e Harris (1969).	Crianças com PC apresentaram autoconceito mais negativo em comparação com as crianças sem PC. Tendência das crianças de menor idade do grupo com PC terem menores escores de autoconceito do que as crianças do grupo sem deficiência. Menores escores do autoconceito foram encontrados para crianças que frequentavam escola especial quando comparadas às que estudavam em escola regular.
Dunn et al. (2009), Austrália.	Transversal	Investigar se há diferenças entre o autoconceito de crianças com PC e a percepção de seus pais em relação as habilidades das crianças; e avaliar a força de associação entre as avaliações das crianças e de seus pais.	30 crianças, sendo: 14 meninas e 16 meninos, entre 8 e 16 anos de idade, com hemiplegia ou diplegia espástica, níveis I ou II do GMFCS, e 30 pais.	Autoconceito	Self-Perception Profile for Children; Parent Rating Scale de Harter (1985).	Observaram diferenças significativas entre pais e crianças nos domínios de competência atlética e aparência física. Não houve nenhuma associação entre os escores do autoconceito nos domínios do SPPC entre as avaliações das crianças e de seus pais.

Quadro 1-1 (Continuação) – Síntese de informações relativas aos artigos incluídos na revisão sistemática sobre autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física, de 1995 a 2015.

Autor, ano e local	Tipo de estudo	Objetivo	Amostra	Variável investigada	Instrumento de medida para o autoconceito ou autoeficácia	Desfecho em relação ao autoconceito ou autoeficácia
Ziebell et al. (2009), Austrália.	Transversal	Avaliar a relação entre o desempenho físico, a percepção de competência e o autoconceito global em crianças com e sem diplegia espástica.	16 crianças, sendo: 8 com diplegia espástica, níveis I, II ou III do GMFCS, 3 meninos e 5 meninas, com idade entre 7 e 11 anos, e 8 com desenvolvimento típico, de mesma idade e sexo que seus pares.	Autoconceito	Versão modificada por Ziebell (2006) do Self Perception Profile for Children de Harter (1985). Nesta versão foram removidos domínios de aparência física e conduta comportamental, substituídos por domínios de competência motora fina e grossa.	Crianças com diplegia espástica podem apresentar autoconceito global menos positivo do que as crianças com desenvolvimento típico, uma vez que os escores foram significativamente menores em crianças com PC diplégica em dois domínios: na competência motora fina e no autoconceito global.
Russo et al. (2008), Austrália.	Transversal	Comparar a autoestima, o autoconceito e a qualidade de vida em crianças com paralisia cerebral hemiplégica e seus pares com desenvolvimento típico.	172 crianças, sendo: 86 crianças com PC hemiplégica, níveis I, II ou III do GMFCS, 54 meninos e 32 meninas, na faixa etária de 3 a 16 anos e 86 com desenvolvimento típico, de mesma idade e sexo que seus pares.	Autoconceito	Self-Perception Profile for Children de Harter (1985) para as crianças com idade entre 8 e 16 anos; Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance de Harter e Pike (1984) para crianças com idade entre 3 e 7 anos.	Diferenças significativas na média dos escores do autoconceito entre os grupos, favorecendo o grupo de crianças típicas e indicando menor autoconceito nas dimensões de competência física, competência atlética e competência acadêmica para as crianças com PC hemiplégica. Entretanto, na escala de aceitação materna os resultados favoreceram as crianças com PC.
Shields et al. (2007), Austrália.	Transversal	Investigar se o autoconceito de crianças com PC difere do de crianças sem deficiência.	94 crianças, sendo: 47 com PC do tipo diplegia ou hemiplegia espástica e níveis I, II ou III do GMFCS, distribuídos em 24 meninos e 23 meninas com idade entre 8 e 16 anos, e 47 sem deficiência, de mesma idade e sexo que seus pares.	Autoconceito	Self-Perception Profile for Children de Harter (1985).	Não houve diferenças entre os grupos nos domínios de autoconceito global, aparência física ou conduta comportamental. Os escores de autoconceito foram significativamente menores para as crianças com PC nos domínios de competência acadêmica, aceitação social e competência atlética quando comparados aos das crianças com desenvolvimento típico.
Shuengel et al. (2006), Holanda.	Longitudinal	Examinar a relevância da deficiência física para o autoconceito global e em seus domínios em crianças com PC.	80 crianças com PC, sendo 49 meninos e 31 meninas, com idade entre 8 e 12 anos e diferentes tipos de PC.	Autoconceito	Escala derivada da versão holandesa de Vermeer (2000) do Self-Perception Profile for Children de Harter (1985) para uso com crianças com PC (ex. escala pictórica para crianças de menor idade ou com dificuldades em compreender o instrumento original).	O autoconceito das crianças com PC foi comparável ao da amostra normativa holandesa, exceto para o domínio de competência atlética.

Quadro 1-1 (Continuação) – Síntese de informações relativas aos artigos incluídos na revisão sistemática sobre autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física, de 1995 a 2015.

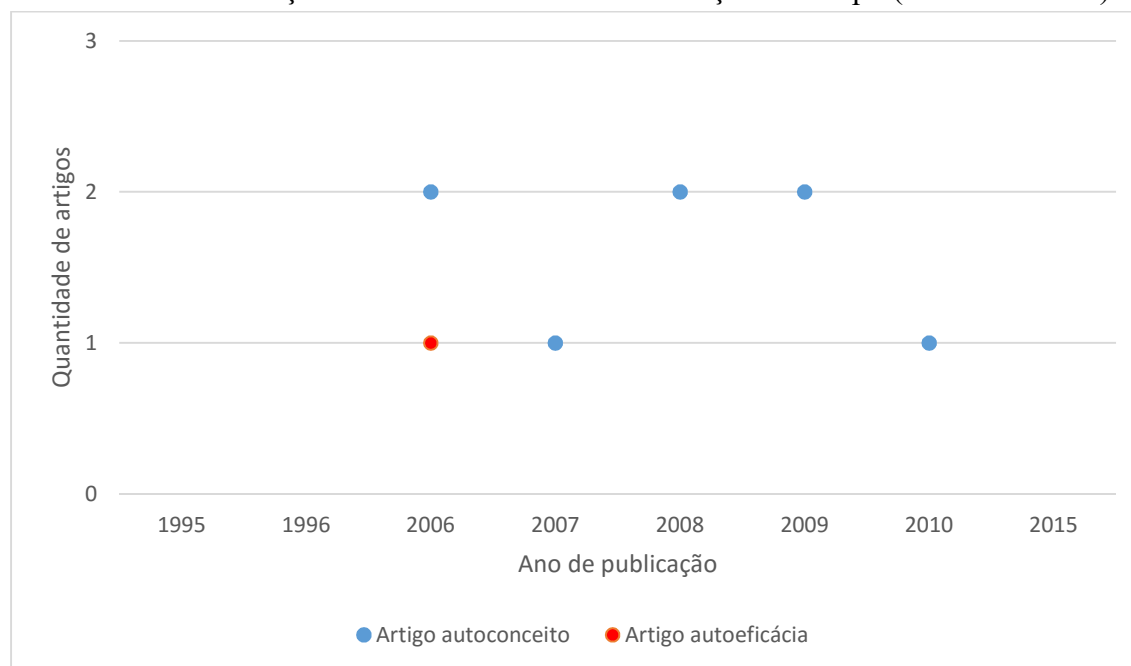
Autor, ano e local	Tipo de estudo	Objetivo	Amostra	Variável investigada	Instrumento de medida para o autoconceito ou autoeficácia	Desfecho em relação ao autoconceito ou autoeficácia
Shields et al. (2006), Austrália.	Revisão sistemática da literatura	Verificar se o autoconceito de jovens com PC é diferente do de jovens sem deficiência.	6 artigos que incluíam meninos e meninas com PC, entre 4 e 18 anos de idade, com uma variedade de tipos de PC, e a maioria com gravidade motora leve ou moderada.	Autoconceito	Não se aplica.	Algumas crianças com PC podem apresentar autoconceito mais baixo em alguns domínios quando comparadas a crianças sem deficiência. Entretanto, não há evidências suficientes para concluir que crianças com PC têm, em geral, autoconceito mais baixo do que crianças sem deficiência. Adolescentes do sexo feminino com PC têm autoconceito mais baixo do que as adolescentes sem deficiência nos domínios de aparência física, aceitação social, competência atlética e competência acadêmica.
Missiuna et al. (2006), Canadá.	Longitudinal	Determinar se crianças com deficiência, entre 6 e 9 anos de idade, podem avaliar sua autoeficácia em determinadas tarefas cotidianas.	117 crianças, sendo: 80 meninos e 37 meninas), entre 6 e 9 anos de idade com diferentes problemas no neurodesenvolvimento (ex. PC, espinha bífida, TDC, TDHA, transtornos de aprendizagem, AD, entre outras síndromes).	Autoeficácia	Perceived Efficacy and Goal Setting System de Missiuna, Pollock e Law (2004) (questionários para crianças, pais e professores).	Crianças com deficiência entre 6 e 9 anos são capazes de informar sua autoeficácia. Pais e professores avaliaram as crianças como menos competentes em comparação às avaliações que as crianças com deficiência fizeram de si. Crianças com deficiências físicas se classificaram como muito menos competentes que as outras crianças da amostra.

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

Destaca-se que todos os estudos selecionados na amostra final são internacionais, apenas um deles aborda o senso de autoeficácia (MISSIUNA et al., 2006) e oito são pesquisas que investigaram sobre o autoconceito em crianças com deficiência física, especificamente na população de crianças com paralisia cerebral (n=7) (SOYUPEK et al., 2010; DUNN et al., 2009; ZIEBELL et al., 2009; RUSSO et al., 2008; SHIELDS et al., 2007; SHUENGEL et al., 2006; SHIELDS et al., 2006) ou com espinha bífida (n=1) (SHIELDS; TAYLOR; DODD, 2008).

Dentre os estudos selecionados, destaca-se que seis deles foram realizados na Austrália, um na Turquia, um na Holanda e um no Canadá. Acerca do período da publicação dos estudos ao longo dos anos, o Gráfico 1-1 permite visualizar a distribuição dos mesmos.

Gráfico 1-1 - Publicação dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física em função do tempo (de 1995 a 2015).



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Ressalta-se que, dentre o período investigado nesta revisão sistemática, houve uma lacuna de dez anos sem publicações sobre o assunto. A partir de 2006 foi constante o número de publicações nos anos seguintes (um, dois ou três por ano, entre 2006 e 2010). Sendo que entre 2010 e 2015 observa-se novamente um período de cinco anos sem publicação.

Em relação ao autoconceito de crianças com espinha bífida, Shields, Taylor e Dodd (2008) realizaram revisão sistemática da literatura, com o objetivo de determinar se crianças com esta condição apresentavam mais baixo autoconceito quando comparadas a seus pares com desenvolvimento típico. A revisão foi feita em bases de dados relevantes (AMED, CINAHL, EMBASE, ERIC, MEDLINE, PEDro, PsycINFO, PubMed e Biblioteca Cochrane) por meio dos descritores ‘*spina bifida*’ ou ‘*myelomeningocele*’ combinado com ‘*child*’ e ‘*self-concept*’. Para tanto, 803 artigos foram inicialmente identificados, mas apenas 15 se enquadravam aos critérios de inclusão determinados na investigação: estudos em qualquer idioma que incluíssem crianças com espinha bífida menores de 18 anos; que comparassem o autoconceito de crianças com espinha bífida com o autoconceito de seus pares com desenvolvimento típico; e que mensuraram o autoconceito com uso de instrumento de medida quantitativo.

Os 15 artigos incluíram no total 1.340 crianças, entre meninos e meninas, com idade entre 4 e 18 anos, a maioria com lesão na região lombar ou sacral e que faziam uso de equipamento de auxílio para mobilidade. Os estudos utilizaram instrumentos que consideram o autoconceito como um constructo multidimensional, a saber: *Piers-Harris Self-Concept Scale for Children*, *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children*, *Self-perception Profile for Children*, *Self-perception Profile for Learning Disabled Students* e *Tennessee Self-concept Scale* (PIERS, 1969; HARTER; PIKE, 1984; HARTER, 1985; RENICK; HARTER, 1989; FITTS, 1965⁷ *apud* SHIELDS; TAYLOR; DODD, 2008).

Por meio de metanálise, Shields, Taylor e Dodd (2008) encontraram escore significativamente menor para crianças com espinha bífida do que para crianças com desenvolvimento típico, nos domínios de autoconceito global, aparência física, competência atlética, aceitação social e competência acadêmica/cognitiva. Não foi encontrada diferença entre os grupos para o domínio de conduta comportamental. Assim,

⁷PIERS, E. **Manual for the Piers-Harris Children’s Self-concept Scale**. Nashville, TN: Counsellor Recordings and Tests, 1969.

HARTER, S.; PIKE, R. The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. **Child Development**, v. 55, p. 1969-1982, 1984.

HARTER, S. **Manual for the self-perception profile for children**. Denver, CO: University of Denver, 1985.

RENICK, M. J.; HARTER, S. Impact of social comparisons on the developing self-perceptions of learning disabled students. **Journal of Educational Psychology**, v. 81, p. 631-638, 1989.

FITTS, W. **Manual for Tennessee Self-Concept Scale**. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests, 1965.

os pesquisadores concluíram que, em média, as crianças com espinha bífida apresentam autoconceito mais baixo do que seus pares com desenvolvimento típico.

Shields, Taylor e Dodd (2008) pretendiam também avaliar o efeito dos fatores idade, sexo e condição socioeconômica no autoconceito das crianças com espinha bífida, mas os dados foram insuficientes para realizar a metanálise nestes subgrupos.

Com relação ao autoconceito em crianças com paralisia cerebral (PC), Soyupek et al. (2010) realizaram pesquisa na cidade de Isparta, Turquia, com o objetivo de identificar se a qualidade de vida e o autoconceito em crianças com PC diferem dos de crianças sem deficiência e investigar variáveis preditivas que podem afetar a qualidade de vida e o autoconceito destas crianças. Participaram 40 crianças com PC, de todos os níveis de gravidade motora, conforme o *Gross Motor Function Classification System* (PALISANO et al., 1997), com idade entre 9 e 18 anos e 46 pares sem deficiência, de mesma idade e sexo.

No referido estudo, o autoconceito foi mensurado por meio do *Piers–Harris Self-concept Scale* e os resultados revelaram diferenças significativas nas médias dos escores, favorecendo o grupo controle, ou seja, as crianças com PC apresentaram autoconceito mais negativo em comparação com as crianças sem PC. Os pesquisadores também investigaram o efeito do gênero e da idade sobre os escores do autoconceito e observaram uma tendência das crianças de menor idade do grupo com PC terem menores escores de autoconceito do que as crianças do grupo sem deficiência (SOYUPEK et al., 2010).

Na investigação do autoconceito em função de outras variáveis, foram encontradas correlações entre os escores do autoconceito e o tipo de escola da criança – menores escores do autoconceito foram encontrados para crianças que frequentavam escola especial quando comparadas às que estudavam em escola regular. Contudo, não foram encontradas correlações entre os escores de autoconceito e a idade e o sexo das crianças, o tipo de PC e o nível GMFCS de gravidade motora (SOYUPEK et al., 2010).

A partir da compreensão de que o autoconceito é importante para os profissionais que lidam com crianças com PC, porque ao saber o que as crianças pensam sobre suas competências, estas podem ser consideradas na determinação das metas de intervenção, Dunn et al. (2009) investigaram se havia diferenças entre o autoconceito de crianças com

PC e a percepção dos pais em relação as habilidades das crianças, além de avaliar a força de associação entre as avaliações das crianças e de seus pais.

Participaram do estudo 30 crianças (14 meninas e 16 meninos), entre 8 e 16 anos de idade, com hemiplegia ou diplegia espástica, níveis I ou II do GMFCS e seus pais. As crianças responderam o *Self-Perception Profile for Children*, que avalia seis domínios do autoconceito: autoconceito global, competência acadêmica, aceitação social, competência atlética, aparência física e conduta comportamental, enquanto os pais responderam ao *Parent Rating Scale* que acompanha o SPPC e avalia os mesmos domínios, com exceção do autoconceito global (DUNN et al., 2009).

Os resultados apontaram diferenças significativas entre pais e crianças nos domínios de competência atlética e aparência física. A média do autoconceito no domínio de aparência física avaliada pelos pais foi maior e a de competência atlética menor, quando comparadas às médias de avaliação das crianças sobre si mesmas. Não houve nenhuma associação entre os escores do autoconceito nos domínios do *Self-Perception Profile for Children* entre as avaliações das crianças e de seus pais, indicando que os pais participantes da investigação não foram capazes de estimar com precisão o autoconceito dos filhos com PC (DUNN et al., 2009).

Ziebell et al. (2009) realizaram estudo em Melbourne, na Austrália, com objetivo de avaliar a relação entre o desempenho físico, a percepção de competência e o autoconceito global em crianças com e sem diplegia espástica. Participaram oito crianças com diplegia espástica e oito crianças com desenvolvimento típico, com idade entre 7 e 11 anos. Todas as crianças foram examinadas em relação às habilidades motoras grossa e fina e responderam à versão modificada da *Self Perception Profile for Children* de Harter. As habilidades motoras grossas foram examinadas por fisioterapeutas e as habilidades motoras finas de membros superiores por terapeutas ocupacionais com uso de testes específicos.

Como resultado, Ziebell et al. (2009) observaram que além de ter a capacidade física reduzida, as crianças com diplegia espástica podem apresentar autoconceito global menos positivo do que as crianças com desenvolvimento típico, uma vez que os escores foram significativamente menores em crianças com PC diplégica em dois domínios: na competência motora fina e no autoconceito global, avaliados com a versão modificada do *Self-Perception Profile for Children*.

Correlações positivas entre avaliações de desempenho físico e alguns domínios do *Self-Perception Profile for Children* foram observadas, embora a força e a direção das relações tenham sido diferentes para cada grupo em alguns casos (ZIEBELL et al., 2009).

Em investigação na Austrália sobre a autoestima, o autoconceito e a qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral hemiplégica em comparação com seus pares com desenvolvimento típico, Russo et al. (2008) avaliaram 86 crianças com PC hemiplégica, 54 meninos e 32 meninas, na faixa etária de 3 a 16 anos e seus pares, com desenvolvimento típico, de mesma idade e sexo. A autoestima e o autoconceito foram avaliados com os instrumentos *Self-Perception Profile for Children* (para 55 pares de crianças com idade entre 8 e 16 anos) e *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance* (para 31 pares de crianças com idades entre três e sete anos) (RUSSO et al., 2008).

Os resultados indicaram diferenças significativas na média dos escores do autoconceito entre os grupos, favorecendo o grupo de crianças típicas e indicando menor autoconceito nas dimensões de competência física, competência atlética e competência acadêmica para as crianças com PC hemiplégica. Entretanto, na escala de aceitação materna os resultados favoreceram as crianças com PC (RUSSO et al., 2008).

Com o propósito de investigar se o autoconceito de crianças com PC difere do de crianças sem deficiência, Shields et al. (2007) realizaram pesquisa em Melbourne, na Austrália, com 47 crianças com diplegia ou hemiplegia espástica e níveis I, II ou III do GMFCS, 24 meninos e 23 meninas, com idade entre 8 e 16 anos e seus pares sem deficiência. Todos os domínios do *Self-Perception Profile for Children* foram utilizados e os resultados indicaram não haver diferenças entre os grupos nos domínios de autoconceito global, aparência física ou conduta comportamental. Os escores de autoconceito foram significativamente menores para as crianças com PC nos domínios de competência acadêmica, aceitação social e competência atlética quando comparados aos das crianças com desenvolvimento típico (SHIELDS et al., 2007).

Em estudo longitudinal realizado ao longo de três anos na Holanda, por Shuengel et al. (2006), foram recrutadas 80 crianças com PC, meninos e meninas, com idade entre 8 e 12 anos com o objetivo de examinar a relevância da deficiência física para o autoconceito global e em seus domínios em crianças com PC. O autoconceito global e seus domínios foram avaliados com versões derivadas da versão holandesa do *Self-Perception Profile for Children*, desenvolvido por Vermeer (2000) para uso com crianças com PC, com

adaptações, como por exemplo, uso da escala pictórica direcionada a crianças de menor idade ou com dificuldades para compreender o instrumento original. O *Gross Motor Function Measure* também foi aplicado para avaliar a função motora das crianças com PC (SHUENGEL et al., 2006).

Como resultado, o autoconceito das crianças com PC participantes do estudo foram comparáveis aos da amostra normativa holandesa (não houve diferença significativa), exceto para o domínio de competência atlética. Dentro da amostra com PC, o *Gross Motor Function Measure* mostrou efeito específico sobre o domínio de competência motora (SHUENGEL et al., 2006). Os autores concluíram que as crianças com PC parecem ser resistentes aos desafios colocados para o seu autoconceito, causados por suas deficiências e que a relevância da deficiência física parece ser específica ao domínio de competência motora. Para Shuengel et al. (2006), de maneira equivalente às crianças sem deficiência, as crianças com PC mantêm, em geral, autoconceito positivo, percebendo a sua competência como adequada para atender a demandas e expectativas para o seu estágio de desenvolvimento.

Shields et al. (2006) realizaram revisão sistemática da literatura para verificar se a suposição de que crianças e jovens com PC apresentam autoconceito mais baixo é sustentada por pesquisas empíricas. Artigos foram identificados por busca nas bases de dados CINAHL, Biblioteca Cochrane, EMBASE, ERIC, MEDLINE, PsychINFO e PubMed. De 1.355 artigos inicialmente identificados, apenas seis atenderam aos critérios de inclusão no estudo: os participantes terem diagnóstico de paralisia cerebral com idade abaixo de 18 anos; a pesquisa ter comparado o autoconceito de crianças com PC com o de crianças sem deficiência ou com dados normativos; estudo completo em inglês; estudo ter registrado as variáveis mensuradas. A qualidade dos estudos identificados também foi considerada (SHIELDS et al., 2006).

Os resultados da revisão sugerem que algumas crianças com PC podem apresentar autoconceito mais baixo em alguns domínios quando comparadas a crianças sem deficiência. Entretanto, não há evidências suficientes para concluir que crianças com PC têm, em geral, autoconceito mais baixo do que crianças sem deficiência (SHIELDS et al., 2006).

Por outro lado, dados de Shields et al. (2006) mostraram que adolescentes do sexo feminino com PC têm autoconceito mais baixo do que as adolescentes sem deficiência nos

domínios de aparência física, aceitação social, competência atlética e competência acadêmica, podendo este ser considerado um grupo de risco por apresentar autoconceito mais vulnerável.

Acerca do senso de autoeficácia, Missiuna et al. (2006) realizaram estudo em Ontario, no Canadá, com 117 crianças com diferentes problemas no neurodesenvolvimento (paralisia cerebral, espinha bífida, transtorno do desenvolvimento da coordenação, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de aprendizagem, atraso no desenvolvimento, entre outras síndromes), recrutadas durante o período compreendido entre os anos de 2000 e 2002 em serviços de Terapia Ocupacional, juntamente com seus pais e professores. O instrumento *Perceived Efficacy and Goal Setting System* foi utilizado com o objetivo geral de determinar se as crianças com deficiência, na faixa etária de seis a nove anos de idade, poderiam avaliar sua competência na realização das atividades cotidianas, ou seja, a autoeficácia em determinadas tarefas. Pais e professores também completaram um questionário que acompanha o *Perceived Efficacy and Goal Setting System* para avaliar as competências das crianças.

Os resultados revelaram que as crianças com deficiência na faixa etária investigada são capazes de informar sobre a sua autoeficácia. Pais e professores avaliaram as crianças como menos competentes em comparação às avaliações que as crianças com deficiência fizeram de si (MISSIUNA et al., 2006). Ainda, neste estudo, não foram encontradas diferenças na autoeficácia das crianças em função do ano de escolaridade, do sexo ou da idade da criança, mas foram identificadas diferenças entre os tipos de deficiência. Crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e transtornos psiquiátricos se classificaram como consideravelmente mais competentes do que as crianças com outras deficiências, com destaque para o resultado de que as crianças com deficiências físicas se classificaram como muito menos competentes que as outras crianças da amostra (MISSIUNA et al., 2006).

A partir desta revisão sistemática, pôde-se observar que em relação ao autoconceito de crianças com espinha bífida, Shields, Taylor e Dodd (2008) concluíram que crianças nesta condição apresentam, em média, autoconceito mais baixo do que o de crianças com desenvolvimento típico, com destaque para as dimensões de autoconceito global, aparência física, competência atlética, aceitação social e competência acadêmica/cognitiva. Ressalta-

se que a metanálise de Shields, Taylor e Dodd (2008) abrangeu pesquisas que investigaram o autoconceito de crianças com espinha bífida entre 4 e 18 anos de idade.

A maioria dos estudos incluídos nesta revisão investigaram o autoconceito de crianças com PC, e para tanto, aplicaram instrumentos que consideram o autoconceito como um constructo multidimensional, entre eles, destaca-se o *Self Perception Profile for Children* de Harter (1985) e versões modificadas deste instrumento.

Além das diferenças na instrumentação utilizada nos estudos, as amostras também foram distintas em termos de faixa etária das crianças, classificação topográfica e tipo de desordem motora da PC, ainda que o nível de comprometimento motor das crianças seja semelhante na maioria dos estudos (níveis I, II ou III do GMFCS).

No geral, observa-se que não há uma conformidade na literatura sobre o autoconceito nesta população. Por um lado, a literatura internacional tem apontado que estas crianças apresentam baixo autoconceito em diferentes domínios, quando comparadas às crianças com desenvolvimento típico (SOYUPEK et al., 2010; ZIEBELL et al. 2009; RUSSO et al., 2008). Por outro lado, Shuengel et al. (2006) indicam que estas crianças apresentam autoconceito positivo, de maneira equivalente às crianças sem deficiência (comparação com dados da amostra normativa holandesa), com exceção do domínio de competência atlética. Ao mesmo tempo em que Shields et al. (2007) sugerem que apesar de as crianças com PC poderem se sentir menos competentes em certos aspectos do autoconceito, elas podem não apresentar autoconceito global mais baixo do que as crianças típicas.

Assim, ainda não há evidências suficientes para concluir que este constructo seja inferior em crianças com PC, de maneira equivalente aos achados de Shields e colaboradores, que realizaram revisão sistemática sobre o assunto no ano de 2006. Esta conclusão indica a necessidade de futuras investigações sobre o assunto, inclusive no cenário brasileiro.

A despeito do autoconceito de crianças com PC, o estudo de Dunn et al. (2009) ainda sugere que há diferenças significativas entre a avaliação do autoconceito feita pelas crianças com PC e por seus pais, o que reforça a necessidade de na prática os pesquisadores ou profissionais colherem estas informações a partir das próprias crianças.

Como indicado anteriormente, apenas um estudo, o de Missiuna et al. (2006), foi incluído nesta revisão da literatura por abordar a autoeficácia. Crianças com deficiência física se classificaram como muito menos competentes que as demais crianças da amostra que tinham outros problemas no neurodesenvolvimento, analisadas por meio do *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (MISSIUNA; POLLOCK; LAW, 2004). Contudo, novas investigações com foco neste constructo também são necessárias para confirmar ou refutar o que Missiuna et al. (2006) sugerem sobre a autoeficácia de crianças com deficiência física.

1.4 A INFLUÊNCIA DA PARENTALIDADE SOBRE AS AUTOAVALIAÇÕES INFANTIS RELATIVAS AO AUTOCONCEITO E À AUTOEFICÁCIA

Como já apontado, destaca-se que fatores ambientais estão relacionados à formação do autoconceito e do senso de autoeficácia (BANDURA et al., 1996; FIERRO, 1996; COOPERSMITH, 1967⁸ *apud* FARIA; FONTAINE, 1995), autoavaliações estas que são influenciadas pelos reforços ambientais e de pessoas significativas (SHAVELSON; HUBNER; STANTON, 1976⁹ *apud* ROCHA; INGBERMAN; BREUS, 2011).

Dentre os fatores ambientais, têm especial relevância as práticas parentais no processo de desenvolvimento de seus filhos, por exemplo, a forma como as relações e atitudes dos pais podem repercutir no nível de participação da criança em seu cotidiano, ou ainda, a forma como orientam o comportamento dos filhos, promovem sua independência e socialização.

Uma das influências sobre o desenvolvimento do autoconceito e da autoeficácia pode advir das estratégias e técnicas utilizadas pelos pais na educação dos filhos, ou seja, as práticas educativas parentais. Sendo que, o resultado do uso de um conjunto de práticas educativas parentais é denominado estilo parental, o qual pode ser entendido como a maneira como os pais lidam com as questões de poder, hierarquia e apoio emocional na relação com seus filhos (SALVO; SILVARES; TONI, 2005; GOMIDE, 2003).

Dishion e McMahon (1998) consideram o estilo parental como um processo complexo que abrange desde responsividade, qualidade das relações pais-filho, colocação

⁸ COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco, W. H. Freeman, 1967.

⁹ SHAVELSON, R. J.; HUBNER, J.J.; STANTON, G.C. Self-concept validation of construct interpretations. **Review of Educational Research**, v. 46, p. 407-441, 1976.

de limites, reforço positivo, solução de problemas, até o envolvimento parental na vida dos filhos. Esse processo varia de acordo com a idade da criança e com a dinâmica de atividades e relações que ela vivencia nos diversos ambientes que frequenta, nas diferentes fases de seu desenvolvimento. A qualidade desta relação se baseia na motivação parental, compreendida como a crença dos pais no sistema de valores, normas e objetivos familiares, no monitoramento dos pais com relação à vida dos filhos e no controle do comportamento dos filhos, que pode ocorrer por meio de reforços positivos, incentivo, colocação de limites, negociação, dentre outros.

Costa, Teixeira e Gomes (2000) apontam que Maccoby e Martim (1983) propuseram duas dimensões nas práticas educativas dos pais, denominadas de exigência e responsividade. A exigência é caracterizada por comportamentos parentais que buscam supervisão e disciplina e a responsividade se refere a comportamentos parentais de apoio, compreensão e comunicação, visando favorecer o desenvolvimento da autonomia e autoafirmação dos filhos. A combinação dessas duas dimensões resulta em quatro estilos parentais propostos por Maccoby e Martim (COSTA; TEIXEIRA; GOMES, 2000), são eles:

- Estilo autoritativo: Combinação entre exigência e responsividade em altos níveis. Caracteriza-se por regras claras, monitoramento da conduta dos filhos a partir de correção e gratificação, comunicação clara e aberta, presença do afeto seguro e responsividade às necessidades dos filhos.
- Estilo autoritário: Caracteriza-se pelos altos níveis de exigência e controle e baixa responsividade. A obediência é buscada a partir do respeito à autoridade e à ordem. Há o uso da punição como forma de controle, o diálogo não é valorizado e há baixa responsividade e afeto.
- Estilo Indulgente: Se relaciona a baixo controle e alta responsividade. Suas principais características são a ausência de regras e limites claros; poucas demandas de responsabilidade e maturidade; excesso de tolerância e presença de afeto e comunicação.
- Estilo Negligente: Combina baixo controle e baixa responsividade ao lidar com seus filhos. Não há monitoramento do comportamento do filho, os pais não se envolvem com as atividades dos filhos, há ausência de afeto e comunicação, estando os pais mais centrados em interesses próprios.

Gomide (2006) relaciona as práticas educativas parentais ao desenvolvimento ou inibição do comportamento antissocial dos filhos e as classifica em positivas, que podem implicar em comportamentos pró-sociais, e negativas, que podem implicar em comportamentos antissociais.

Segundo Gomide (2006, 2004), as práticas educativas positivas englobam: monitoria positiva - genuíno interesse dos pais pela criança com demonstrações de afeto e elogios; e comportamento moral - valores morais, empatia e autocrítica, ensinados pelos pais aos filhos através de seus próprios exemplos e de discussões a respeito de livros, programas de TV, entre outros.

As práticas educativas negativas são compostas por: negligência - desatenção, ausência, descaso, omissão e falta de amor dos pais em relação ao filho; punição inconsistente - a ocorrência ou não da punição está em função do humor dos pais e não do mau comportamento da criança; monitoria negativa - exagerada fiscalização e ou vigilância dos pais em relação aos filhos e pela alta frequência de instruções repetitivas; disciplina relaxada - dificuldades em estabelecer e fazer cumprir regras; e abuso físico - punição física excessiva, geralmente acompanhada de demonstrações de raiva por parte dos pais (GOMIDE, 2006; GOMIDE, 2004).

No intuito de identificar possíveis relações entre as práticas e estilos parentais e as crenças autorreferenciadas em crianças, encontram-se na literatura estudos recentes como o de Rocha, Ingberman e Breus (2011), que teve o propósito de relacionar as práticas parentais com a formação, especificamente, do autoconceito em crianças pré-escolares. Esta pesquisa realizada com 55 crianças típicas de ambos os sexos, de escolas municipais da cidade de Curitiba/PR e seus pais, encontrou que crianças com autoconceito positivo têm pais que emitem uma quantidade maior de comportamentos reforçadores, da mesma forma que crianças da amostra com autoconceito negativo têm pais que emitem mais comportamentos coercitivos.

Os estudos de Gomide (2009, 2004) também apontam para o uso de práticas educativas parentais positivas, tais como a monitoria positiva e o comportamento moral, para promover melhor autoconceito na criança, além do desenvolvimento de comportamentos pró-sociais. Da mesma maneira a autora afirma que a utilização de práticas educativas parentais negativas, tais como a monitoria negativa e o abuso físico, está relacionada ao baixo autoconceito de crianças e adolescentes (GOMIDE, 2004).

Observa-se que, embora pesquisadores tenham se preocupado em investigar estas relações em crianças com desenvolvimento típico e indiquem a existência de relações entre as práticas/estilos parentais e o autoconceito infantil, existe a necessidade de novas investigações que busquem compreender de forma mais aprofundada esta questão e se esta relação também se dá com o senso de autoeficácia e na população de crianças com necessidades especiais, em que existem diferentes demandas e vivências, tanto para as próprias crianças como para suas famílias.

Especificamente sobre a parentalidade, a literatura internacional apresenta investigações que buscam relacionar as práticas e/ou estilos parentais à aspectos da vida e do desenvolvimento de crianças com alguma deficiência ou condição crônica.

Aran et al. (2007) avaliou o impacto do estilo parental na qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral. Participam do estudo 39 crianças com PC entre 6 e 18 anos de idade, seus irmãos e pais. Foi utilizado o *Children's Report of Parental Behavior Inventory* (CRPBI) para avaliar o estilo parental materno em quatro domínios: aceitação, rejeição, controle e autonomia; e o *Child Health Questionnaire* (CHQ) para avaliar a qualidade de vida das crianças. Como resultado, observou-se correlação entre estilo parental positivo e escores dos domínios físico e psicossocial do CHQ. Os pesquisadores concluíram que o estilo parental é um fator com impacto significativo na qualidade de vida de crianças com PC, excedendo os efeitos da gravidade do acometimento na qualidade de vida dessas crianças.

Dyches et al. (2012) realizaram metáanálise para avaliar a associação entre parentalidade e aspectos do desenvolvimento de crianças com deficiências. Foram incluídos 14 estudos publicados em inglês entre 1990 e 2008, com um total de 576 participantes, incluindo crianças com síndrome de Down, autismo, paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento, deficiência intelectual e múltiplas deficiências. Os resultados indicam moderada associação entre atributos da parentalidade positiva e aspectos do desenvolvimento e funcionalidade da criança com deficiência, como por exemplo, comportamento pró-social, independência, responsabilidade, maturidade, cooperação com pares e adultos, autoregulamento, empatia, expressão emocional, habilidades e sucesso escolar/acadêmico, habilidades de linguagem e habilidades sociais.

Há também estudos que apontam o estilo parental como preditor de aspectos comportamentais nas crianças, como o de Potter et al. (2011), que propôs avaliar se o estilo

parental (autoritário, autoritativo e permissivo) e de funcionamento familiar estão relacionados com aspectos comportamentais das funções executivas – habilidades cognitivas necessárias ao controle do pensamento, emoções e ações – em crianças com traumatismo crânio-encefálico (TCE). Participaram do estudo 75 crianças com TCE moderado e grave e 97 crianças com lesões ortopédicas (grupo controle), com idades entre três e sete anos. O estilo parental e de funcionamento familiar foram avaliados com uso do *Parenting Practices Questionnaire* (ROBINSON et al., 1995) e as funções executivas das crianças foram avaliadas logo após a lesão e depois aos 6, 12 e 18 meses após a lesão. Observou-se níveis mais elevados de estilo parental autoritário associados as crianças com TCE moderado que tiveram maiores dificuldades nas funções executivas aos 12 e 18 meses após a lesão. Tais achados estão de acordo com estudos anteriores que relacionam uma educação autoritária dos pais a resultados comportamentais negativos na população em geral, de crianças típicas, assim como de crianças com TCE (YEATES et al., 2010; CALKINS et al., 1998).

Por meio de metá-análise, Pinquart (2013) realizou estudo com o objetivo de comparar a qualidade da relação entre pais e filhos, assim como os comportamentos e estilos parentais de famílias de crianças com uma doença física crônica e de famílias de crianças típicas. Com base em 325 estudos que somaram 31.288 crianças com doenças crônicas (principalmente paralisia cerebral, espinha bífida, asma, diabetes e doenças cardíacas, entre outras) e seus pais (74% eram as mães) com média de 36,7 anos de idade, o pesquisador encontrou que a relação entre pais e filhos tendia a ser menos positiva nas famílias que tinham uma criança com doença física crônica, principalmente nos casos de epilepsia, deficiência auditiva e asma. Além disso, nestas famílias foram observados altos níveis de superproteção e de exigência (controle e monitoramento) por parte dos pais. Houve também evidência de níveis mais elevados de estilo parental autoritário e de práticas negligentes, assim como níveis mais baixos de autoridade parental em comparação com as famílias de crianças típicas. Ressalta-se que os resultados variaram em função do tipo e duração da doença, idade da criança, método de avaliação e grupo de comparação.

Nesta direção, mas em cenário nacional, levantamento bibliográfico sobre parentalidade realizado por Macarini et al. (2010), destaca o pouco investimento da produção acadêmica brasileira em pesquisas acerca dos estilos e práticas parentais relacionadas ao tema das deficiências e/ou doenças. De 67 estudos incluídos no levantamento, apenas três estavam relacionados a categoria de tema ‘necessidades

especiais', definida pelos autores. Estes estudos investigavam práticas parentais com filhos que apresentavam doença crônica orgânica (PICCININI et al., 2003), enurese (SOVERAL; GRAMINHA, 1992) e mau ajustamento psicológico (ARAÚJO, 2002).

Com o objetivo de identificar as implicações da doença crônica infantil nas práticas educativas maternas, Piccinini et al. (2003) realizaram estudo com 40 mães, sendo a metade mães de crianças diagnosticadas com doença crônica orgânica (como fibrose cística, disfunção renal crônica, cardiopatias e câncer) e as demais eram mães de crianças sem doença crônica. As crianças de ambos os sexos, tinham idade entre três e cinco anos, recrutadas em hospitais e pré-escolas públicas. As práticas educativas maternas foram investigadas por meio de entrevista semiestruturada com as mães de ambos os grupos submetidas a análise de conteúdo. Os resultados revelaram tendência no grupo com doença crônica a utilizar menor número de práticas coercitivas, menor frequência do uso de punição física e provação/castigo. Tais resultados apoiam estudos anteriores (BRADFORD, 1997; SABBETH, 1984) que já haviam apontado que mães de crianças com doenças crônicas utilizavam mais práticas educativas indutivas do que coercitivas.

Estudos mais recentes, como o de Silva e Dessen (2014), foi realizado com 54 familiares, sendo 16 crianças de ambos os sexos com deficiência, suas mães (n=16), seus pais (n=12) e seus irmãos (n=10). As crianças tinham deficiência física – DF (n=4), deficiência auditiva – DA (n=4), deficiência intelectual – DI (n=4), deficiência visual – DV (n=2) e deficiência múltipla – DM (n=2). Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com cada um dos participantes, tendo por objetivo descrever as características das relações familiares: conjugal, parental e fraterna. Como resultado, as autoras observaram que as práticas parentais mais relatadas foram as coercitivas (n=18) e as não coercitivas (n=5). Dentre as práticas coercitivas, foram empregadas palmadas, castigos e restrições para a vida social, ameaças e reforço negativo, sendo que essas práticas coercitivas foram mencionadas pelas famílias, independente do tipo de deficiência da criança, embora os familiares da criança com DA (n=7) tenham sido os que mais relataram empregar tal prática. As mães (n=11) foram as que mais relataram o uso de práticas coercitivas, em comparação com os relatos dos pais (n=3). Todas as mães das crianças com DM (n=2) e duas das quatro mães das crianças com DI disseram fazer uso das práticas coercitivas. Mas, apenas duas das crianças com deficiência (uma com DF e uma com DI) afirmaram receber palmadas e/ou castigo (SILVA; DESSEN, 2014).

Resultados de outros estudos (MINETTO et al., 2012; BOLSONI-SILVA et al., 2010) indicam que o tipo de deficiência da criança implica em diferentes práticas educativas parentais utilizadas pelas famílias.

Minetto et al. (2012) em investigação com 61 pais de crianças entre zero e seis anos de idade, divididos em três grupos (desenvolvimento típico – DT, deficiência intelectual – DI e síndrome de Down - SD) e com uso do Inventário de Práticas Parentais (adaptação holandesa do *Child Rearing Practices Report* - CRPR, feita por Dekovic, Janssens e Gerris em 1991), concluíram que pais de filhos com SD e DI tendem a utilizar estratégias de maior controle autoritário, maior supervisão e controle da ansiedade da criança, caracterizando perfil parental mais autoritário, enquanto pais de filhos com DT tendem a utilizar estratégias que envolvem liberdade e expressão de afeto e incentivo à autonomia, características de perfil parental mais autoritativo. Os autores ainda observaram que pais de filhos com DI apresentaram práticas educativas que mais se diferenciam dos outros grupos da amostra, com característica mais autoritária, com tendência a pouca supervisão da criança, imposição de limites sem reflexão e pouca expressão de afeto.

Bolsoni-Silva et al. (2010) realizaram estudo com 72 mães de filhos com deficiência auditiva – DA (n=27), distúrbio de linguagem – DL (n=19) ou que compunham uma população normativa/não clínica (n=26) e, por meio do instrumento Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P, BOLSONI-SILVA, 2009), que avalia a ocorrência de habilidades sociais aplicáveis às práticas educativas, evidenciaram que mães de crianças com DA apresentaram menos habilidades sociais educativas parentais quando comparadas às mães do grupo normativo, e que mães de crianças com DL apresentaram práticas parentais equivalentes às mães do grupo normativo.

Em estudo que incluiu apenas crianças com deficiência, Martin (2011), por meio de aplicação do Inventário de Estilos Parentais (IEP, GOMIDE, 2006) com 13 pais de crianças ou adolescentes com síndrome de Willians, observou que alguns pais demonstraram prática de monitoria positiva (n=4) abaixo da média, por outro lado, para práticas de punição inconsistente também houve resultados abaixo da média (n=4), inclusive com estilo parental de risco para esta prática (n=2). Para a prática de monitoria negativa os pais apresentaram um estilo parental de risco, predominantemente (n=10), indicando dificuldades dos pais no desenvolvimento da independência e auto direcionamento de seus filhos.

De toda forma, para Pereira-Silva, Oliveira e Rooke (2015) e Piccinini et al. (2003), famílias com filhos com deficiência e/ou doenças (independente do tipo) podem ter problemas significativos no funcionamento familiar, decorrentes muitas vezes do aumento do estresse que a situação de ter uma criança com deficiência ou doença crônica propicia, o que, por sua vez, pode favorecer a incerteza na escolha das práticas educativas parentais.

Talvez, por este motivo, os estudos tenham encontrado resultados divergentes e ainda não se tenha elementos para a compreensão acerca dos estilos e práticas educativas parentais de famílias com crianças com deficiência. Soma-se a esta suposição, as distintas metodologias e instrumentações utilizadas nas pesquisas mencionadas, dificultando admitir conclusões a respeito da parentalidade nesta população.

Nesta direção, evidencia-se a necessidade de investigações voltadas a identificar, descrever e comparar os estilos e práticas educativas parentais em famílias de crianças com e sem deficiência, com propósito de avançar nesta compreensão e também de fornecer subsídios para intervenções na área da educação e saúde, como já apontado por Macarini et al. (2010).

Além disso, a avaliação do autoconceito e da autoeficácia em crianças com deficiência pode ser útil na identificação de percepções diminuídas de valor como pessoa e da capacidade de realizar tarefas e/ou alcançar objetivos, o que também pode nortear estratégias de intervenção junto a esta população.

Neste sentido, Shields et al. (2006) discorrem que há uma visão social da condição de deficiência física que faz com que familiares e profissionais pensem que estas crianças não possam sentir-se bem consigo mesmas.

Acompanhando a perspectiva do ambiente familiar como um fator contextual, subjacente ao comportamento e à funcionalidade infantil, vários autores (ZAFANI, 2013; OLIVEIRA; ALVES, 2011; ALVES, 2010; SANTOS; PACCIULIO; PFEIFER, 2010; MANCINI et al., 2004a; MANCINI et al., 2004b; OLIVEIRA; CORDANI, 2004) recomendam mais pesquisas com abordagem específica nos aspectos que intermediam o desempenho cotidiano da criança, inclusive da que apresenta condição de deficiência física, e na identificação de fatores de risco e proteção presentes em todo o processo de desenvolvimento infantil, o qual acontece mediado pelos adultos (pais/familiares/cuidadores) com quem se relacionam (GUZZO et al., 2007; FORMIGA; PEDRAZZANI, 2004).

Desta forma, o presente estudo busca compreender relações entre elementos presentes nas autoavaliações de crianças com deficiência física – com foco no autoconceito e na autoeficácia – e a qualidade das estratégias e técnicas utilizadas pelos pais nas suas relações com os filhos, ou seja, os estilos parentais.

Considera-se que as informações advindas deste estudo possam acrescentar ao conhecimento produzido na área, aprofundando a análise de fatores de risco e proteção ao desenvolvimento humano, a partir do conhecimento das relações que acontecem em um determinado contexto – famílias e suas crianças com deficiência física.

Espera-se que o estudo acrescente ao conhecimento da área e represente uma possibilidade de tornar mais eficaz o direcionamento de ações de educação e saúde, como a prestação de serviços por profissionais, com intervenções e ações que considerem mais amplamente os contextos familiares e que contribuam para um ambiente mais favorável ao desenvolvimento infantil e à promoção da funcionalidade das crianças com deficiência. Compreende-se também que o estudo pode acrescentar reflexão sobre estratégias de atenção à criança, com a participação ativa da mesma, por meio do processo de dar voz às crianças e considerar seu julgamento acerca de si própria nas ações de cuidados que envolvem a educação e a saúde integral infantil.

1.5 OBJETIVOS E HIPÓTESES

O presente estudo teve como objetivo comparar os estilos e práticas educativas parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física e de crianças com desenvolvimento típico, e verificar relações entre estas autoavaliações, os estilos e as práticas educativas parentais de seus cuidadores familiares.

Pretendeu-se com esse estudo testar as seguintes hipóteses:

- Os estilos e práticas educativas parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física diferem dos de crianças com desenvolvimento típico.
- O autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física são mais baixos do que os de crianças com desenvolvimento típico.

- Há correlações positivas entre os estilos e práticas educativas parentais positivas de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia tanto em crianças com deficiência física quanto em crianças com desenvolvimento típico.
- Há correlação positiva entre o autoconceito e a autoeficácia tanto em crianças com deficiência física quanto em crianças com desenvolvimento típico.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de caráter transversal, comparativo e correlacional.

2.1 PARTICIPANTES

Participaram do estudo 56 cuidadores familiares e 56 crianças de ambos os sexos distribuídas em dois grupos: um grupo com 20 crianças com deficiência física (DF) e, outro, com 36 crianças com desenvolvimento típico (DT) – totalizando 112 participantes.

Para participarem, as crianças de ambos os grupos deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 8 e 12 anos, estar inserida em escola regular pública e ser capaz¹⁰ de compreender perguntas dos instrumentos de coleta dos dados.

Além destes critérios, as crianças do grupo DF, de qualquer nível de comprometimento motor¹¹, deveriam apresentar condição de saúde que se caracterize como deficiência física (informada pela escola e confirmada pela pesquisadora) e comunicação verbal por meio de fala.

Para o grupo DT, buscaram-se crianças com características similares às crianças do grupo DF, numa tentativa de compor grupo de comparação, a partir de pareamento entre: primeiramente o sexo, seguido da faixa etária e, se possível, escolaridade.

O cuidador familiar principal¹² de cada criança refere-se à pessoa que apresenta maior proximidade com a criança, permanece mais tempo com ela e realiza a maior parte dos cuidados. Este era informado pela própria família da criança.

A amostra participante foi intencional, sendo identificada com objetivo e por conveniência (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

¹⁰ Destaca-se que durante a etapa de identificação dos participantes, duas crianças foram excluídas da amostra por não atenderem a este critério de inclusão, após avaliação da pesquisadora, que ao perceber dificuldades na compreensão das perguntas dos instrumentos por parte da criança, apresentava duas vezes cada questão para a criança e as respostas obtidas eram diferentes.

¹¹ O comprometimento motor da criança foi definido por níveis do instrumento *Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire* (MORRIS; GALUPPI; ROSEMBAUM, 2004).

¹² A solicitação foi de que uma pessoa da família fosse o participante (por exemplo: mãe, pai, avó, avô, tia, tio).

2.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada em 16 escolas públicas de ensino fundamental, da Rede Municipal e Estadual de Educação, localizadas no município de Natal (APÊNDICE A), capital do estado do Rio Grande do Norte, na Região Nordeste do Brasil, nas quais foram localizadas crianças com deficiência física e crianças com desenvolvimento típico.

A escolha por escolas públicas se justifica porque neste tipo de instituição de ensino estão matriculados a maioria das crianças brasileiras e também contam com maior número de estudantes com necessidades educativas especiais¹³, como grande parte das crianças com deficiência física. Assim, a presente pesquisa pretendeu alcançar crianças que vivenciam a realidade mais geral das crianças brasileiras e, no caso das crianças com deficiência, as que estão incluídas no ensino regular público.

Segundo dados do IBGE (2014), o município de Natal tem população estimada de 862.044 habitantes, sendo o 19º município mais populoso do país. Com uma área territorial de 167,263 km², é a segunda capital brasileira com a menor área territorial e a sexta maior capital do país em densidade populacional, conforme o Censo Brasileiro de 2010 (IBGE, 2010). A renda média domiciliar *per capita* é de R\$695,00 (seiscentos e noventa e cinco reais) com base no Censo de 2014, assumindo a 20ª posição na lista das unidades federativas brasileiras (IBGE, 2014).

Em Natal, na ocasião da coleta de dados do presente estudo, havia 174 escolas públicas de ensino fundamental, sendo 108 escolas estaduais e 66 escolas municipais (9 localizadas na zona leste do município; 29 na zona norte; 20 na zona oeste; e 8 na zona sul). As 16 unidades escolares envolvidas na pesquisa representaram 9,2% do total de escolas públicas de ensino fundamental no município.

Em anexo, apresenta-se a distribuição de crianças participantes com DF e com DT vinculadas a cada unidade escolar e a indicação da presença de Salas de Recursos Multifuncionais¹⁴ nas escolas envolvidas no estudo (ANEXO A).

¹³ A partir de busca realizada dia 05/10/2015, no site www.dataescolabrasil.inep.gov.br, foram encontradas 89 escolas públicas de ensino fundamental regular, municipais e estaduais, que oferecem atendimento educacional especializado (AEE), em atividade no município de Natal. Enquanto apenas três escolas privadas que oferecem AEE foram encontradas.

¹⁴ Espaços destinados ao atendimento das diversas necessidades educativas especiais dos alunos em escolas regulares, como um dispositivo pedagógico prioritário da Política de Educação Especial e complementar à sala de aula comum.

2.3 INSTRUMENTAÇÃO

2.3.1 *Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e Ficha de Caracterização da Criança*

Dois modelos de fichas foram elaborados pela pesquisadora e utilizados para identificar e caracterizar os participantes do estudo, uma Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e uma Ficha de Caracterização da Criança, ambas para serem respondidas pelos cuidadores responsáveis pelas crianças. As fichas continham dados pessoais da criança, do cuidador principal, da caracterização familiar e escolar da criança.

A Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar (APÊNDICE B) solicita informações relativas à idade, gênero, estado civil, situação conjugal, ocupação, escolaridade e número de filhos do cuidador, além da composição e renda familiar. A Ficha de Caracterização da Criança (APÊNDICE C) solicita informações sobre idade, gênero, atividades de rotina, condição geral de saúde e temperamento da criança; ano e turno escolar que a criança frequenta, além da presença de programa de inclusão e de Sala de Recursos Multifuncionais na escola. A Ficha de Caracterização da Criança, quando destinada à criança com DF, tinha diferenças como a inclusão de informações sobre diagnóstico e tratamentos realizados.

2.3.2 *Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire (GMFCS Family Report Questionnaire)*

Para identificar o nível motor e a gravidade do comprometimento das crianças com DF foi utilizado o *GMFCS Family Report Questionnaire* desenvolvido por Morris, Galuppi e Rosebaum (2004) e traduzido para o Brasil por um grupo de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), disponível no site do *Canchild*¹⁵ e considerado confiável para classificar crianças com paralisia cerebral (PC) por pais e terapeutas, conforme dados de Silva (2013), que avaliou a confiabilidade da versão traduzida para o português. Esta medida foi examinada por meio do coeficiente Kappa (K) e obteve-se confiabilidade substancial inter-avaliadores (entre terapeutas e pais) ($K=0,716$) (SILVA, 2013).

¹⁵ O *Canchild* é um centro de pesquisa e educação, líder global na transmissão do conhecimento na área de disfunção infantil, localizado na *McMaster University* em Ontário no Canadá. Disponível em www.canchild.ca

Este instrumento consiste em questionário para os pais/cuidadores escolherem dentre cinco opções, aquela que melhor caracteriza a função motora grossa de sua criança, classificando-a assim em um dos níveis motores da escala, que são dependentes da idade (MORRIS; GALUPPI; ROSEMBAUM, 2004). Este sistema de classificação compreende os níveis I, II, III, IV ou V, sendo que o nível V indica maior limitação funcional (SILVA, 2013). Na literatura se encontra o uso dos níveis motores para categorizar a gravidade do comprometimento neuromotor da criança, sendo grau leve para as crianças dos níveis I e II; moderado para as do nível III; e grave para as dos níveis IV e V (MANCINI et al., 2004a; MANCINI et al., 2002; PETERSEN; KUBE; PALMER, 1998).

No presente estudo foi feito uso da versão para classificação de crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de idade, o que possibilitou caracterizar as crianças do grupo DF.

O GMFCS *Family Report Questionnaire* foi desenvolvido a partir da versão original do *Gross Motor Function Classification System - GMFCS* (Palisano et al., 1997) e a diferença entre eles é que o primeiro está em formato de questionário que pode ser respondido por meio do relato de familiares, e o segundo é observacional e respondido pelo terapeuta e/ou pesquisador. De maneira geral, neste sistema as distinções entre os níveis de função motora são baseadas nas limitações funcionais e na necessidade de tecnologia assistiva, com ênfase para o movimento iniciado de forma voluntária, particularmente o sentar e o andar (PALISANO et al., 1997).

Embora o GMFCS original tenha sido desenvolvido para uso com crianças com PC, a versão GMFCS *Family Report Questionnaire* é menos específica e, portanto, possível de ser utilizada para classificar diferentes níveis de função em crianças com outras condições de desenvolvimento, como as participantes do grupo DF deste estudo, conforme orientado por Dr. Peter Rosenbaum e Dr. Robert Palisano, pesquisadores envolvidos na concepção das diferentes versões do instrumento, por meio de contato com a pesquisadora da presente investigação via e-mail (APÊNDICE D).

2.3.3 *Self-Perception Profile for Children (SPPC)*

Para identificar o autoconceito das crianças com DF e das crianças com DT foi utilizado o SPPC, criado por Harter (1985) com o intuito de fornecer um perfil de autoconceito de crianças entre 8 e 12 anos de idade em diferentes domínios (competência acadêmica/cognitiva, aceitação social, competência motora/atlética, aparência física,

conduta comportamental e autoconceito global); versão validada para o Brasil por Valentini et al. (2010).

Os resultados do estudo de validação da versão brasileira indicam que o SPPC apresenta questões claras, pertinentes e índices satisfatórios de validade fatorial confirmatória, encontrando-se os seguintes resultados: razão entre o qui-quadrado e graus de liberdade ($\chi^2/df = 4,33$; *Non-normed Fit Index* = 0,958; *Comparative Fit Index* = 0,967 e *Tucker e Lewis's Index of Fit* = 0,962); assim como de consistência interna teste-reteste (correlações e teste t pareado). O resultado da correlação de Pearson entre os escores do teste-reteste na escala total (autoconceito global) foi positiva, forte ($r=0,83$) e altamente significativa ($p<0,01$). Nas subescalas (demais domínios), obtiveram-se valores altamente significativos ($p<0,01$), com variação de 0,54 a 0,70 para os índices de correlação. Os resultados do teste t pareado evidenciam que somente um domínio, o de competência escolar, apresentou resultados significativos entre o teste e reteste. Os resultados das correlações questão-questão indicam em quase todos os domínios, correlações significativas, porém baixas (VALENTINI et al., 2010).

Este instrumento engloba seis dimensões do autoconceito agrupadas em seis subescalas (que podem ser usadas separadamente) com seis itens cada uma, sendo formada no total por 36 questões, organizados em estruturas de respostas alternativas em escala do tipo *Likert* de um a quatro pontos. Cada questão apresenta uma estrutura com duas afirmações, interligadas com o conectivo “mas”, tendo a criança que escolher inicialmente uma das afirmações¹⁶, ou seja, a que representa o tipo de criança com a qual se assemelha mais, posteriormente, também deve indicar o grau de acordo com a afirmação escolhida (‘muito verdadeiro’ ou ‘pouco verdadeiro’) (VALENTINI et al., 2010; FARIA; FONTAINE, 1995).

A pontuação é feita atribuindo-se os valores quatro, três, dois ou um em cada questão, sendo que o escore máximo quatro representa elevado autoconceito e o escore mínimo um, baixo autoconceito, na dimensão avaliada. Os valores médios são obtidos a partir do cálculo das médias individuais da criança em cada subescala do SPPC, gerando seis resultados diferentes (FARIA; FONTAINE, 1995).

¹⁶ Exemplo de afirmações em uma das questões do SPPC: ‘algumas pessoas sentem dificuldades para fazer amigos’ *mas* ‘outras pessoas sentem facilidades para fazer amigos’.

As dimensões ou domínios que o SPPC engloba são: *competência acadêmica/cognitiva*, que avalia a percepção de competências cognitivas no domínio da realização escolar; *aceitação social*, que avalia o grau de relacionamento da criança com amigos e o grau em que se sente popular; *competência motora/atlética*, que avalia a percepção sobre realização de atividades esportivas e ao ar livre; *aparência física*, que avalia o grau de satisfação da criança com o seu aspecto físico (tipo de corpo) e sua aparência; *conduta comportamental*, que avalia o grau em que a criança gosta do seu comportamento, em que acha que age de forma adequada e correta, evitando se envolver em problemas (percepção do comportamento ser adequado ou problemático); e *autoconceito global*, que avalia o grau em que a criança gosta de si própria como pessoa, está feliz com a forma que conduz sua vida e se sente feliz com aquilo que é (VALENTINI et al., 2010; FARIA; FONTAINE, 1995).

Para a autora do instrumento, as crianças não se percebem de forma igualmente competente em várias dimensões do autoconceito, sendo capazes de distinguir o conceito de si mesmas nestes diferentes domínios. Além disso, considera-se que as crianças são capazes de evidenciar uma avaliação global do seu grau de satisfação em relação a si mesmas, que está para além das autoavaliações específicas nos diferentes domínios e que não resulta do somatório das dimensões, mas sim outra dimensão do autoconceito, sendo esta avaliada a partir de um conjunto de itens independentes (FARIA; FONTAINE, 1995).

2.3.4 *Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)*

O PEGS foi desenvolvido e validado por Missiuna et al. (2006) para possibilitar que crianças com alguma deficiência relatem sua percepção em relação à sua competência na execução de atividades diárias e possam assim selecionar metas para a intervenção.

Para usar o PEGS é necessário que a criança entenda as figuras do instrumento e consiga graduar o seu nível de competência, sendo mais apropriado para crianças entre seis e nove anos de idade cronológica ou nível de desenvolvimento. Embora seja voltado para a autoavaliação de crianças com transtorno de desenvolvimento da coordenação (TDC), o PEGS pode ser usado com crianças que têm outros diagnósticos, desde que tenham capacidade para entender o processo de entrevista (MISSIUNA et al., 2006).

Por não considerar detalhamento a respeito do tipo de deficiência e especificidade em relação a faixa etária da criança, na presente pesquisa o PEGS foi utilizado para avaliar

o senso de autoeficácia das crianças com DF e das crianças com DT, entre 8 e 12 anos de idade.

Foi feito uso da versão de pesquisa do PEGS, traduzida e adaptada para a população brasileira por Ruggio e Magalhães (2008), sendo usado apenas o protocolo de entrevista da criança (parte I do PEGS).

O estudo de validação e adaptação cultural do PEGS para crianças brasileiras mostrou que as escalas do instrumento apresentam boa consistência interna (questionário para criança ($\alpha=0,808$), questionário para pais ($\alpha=0,703$) e questionário para professores ($\alpha=0,881$). Inclusive, o valor encontrado para consistência interna do protocolo infantil da versão brasileira excede o da versão original ($\alpha=0,795$) (RUGGIO; MAGALHÃES, 2008). A confiabilidade teste-reteste da versão brasileira ainda não foi reportada na literatura, contudo, sabe-se que a versão original do PEGS possui níveis considerados adequados (entre 0,76 e 0,79) (MISSIUNA et al., 2006).

O protocolo infantil de pontuação do PEGS foi utilizado com o propósito de avaliar o senso de autoeficácia das crianças em atividades físicas/motoras, nas áreas de autocuidado (por exemplo: cortar carne, amarrar sapatos), trabalho escolar (por exemplo: desenho, escrita) e brincar (por exemplo: correr, chutar bola), por meio de 24 pares de cartões-teste que contêm ilustrações de crianças realizando atividades, havendo três cartões extra que ilustram atividades realizadas por crianças com deficiência física destinados à crianças que fazem uso de cadeira de rodas, andador ou muletas.

Cada par é composto por um cartão que mostra uma criança realizando a atividade com facilidade (mais competente) e outro a mostrando com dificuldade para realização da atividade (menos competente), cada par tem enunciado que deve ser lido pelo avaliador para orientar a criança a escolher a figura que mais se parece com a mesma (RUGGIO; MAGALHÃES, 2008; MISSIUNA et al., 2006).

Após indicar se parece ou não com a criança de melhor ou pior desempenho, a criança deve ainda indicar se parece muito ou pouco com a representação do cartão escolhido. Com base nas escolhas da criança, o examinador deve pontuar os itens com escores que variam de um a quatro (sendo um para 'muito menos competente quando participa nesta atividade' e quatro para 'muito mais competente quando participa nesta atividade') e somar os escores de todos os itens para obter a pontuação final do PEGS

(mínimo de 24 e máximo de 96 pontos) (RUGGIO; MAGALHÃES, 2008), sendo que quanto maior a pontuação, maior a percepção de competência da criança sobre si, ou seja, sua autoeficácia.

2.3.5 *Inventário de Estilos Parentais (IEP)*

Para avaliar os estilos parentais dos cuidadores familiares das crianças com DF e das crianças com DT, foi utilizado o IEP, elaborado e validado por Gomide (2006) com o intuito de avaliar o estilo parental por meio de sete práticas educativas, sendo cinco relacionadas com o desenvolvimento de comportamentos antissociais e duas relativas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais.

O IEP foi validado no Brasil após oito anos de estudos e os resultados revelaram consistência interna em todas as práticas educativas, com valores alpha variando de 0,47 para monitoria negativa materna a 0,82 para abuso físico materno e de 0,62 para monitoria negativa paterna a 0,87 para abuso físico paterno (SAMPAIO; GOMIDE, 2007). Conforme Malhotra (2001), cargas superiores a 0,40 são suficientes para que o item faça parte do fator na análise de consistência interna das medidas. Sampaio e Gomide (2007) também revelam, ao discutir resultados de outros estudos, que o IEP tem níveis adequados de fidedignidade (CARVALHO; GOMIDE, 2005), de validade interna e de constructo (WEBER, 2004; PINHEIRO, 2003) e de validade externa (GOMIDE et al., 2005; SALVO; SILVARES; TONI, 2005).

As práticas educativas que compõem o estilo parental, segundo a autora do instrumento, e que fazem parte do IEP são: monitoria passiva, comportamento moral, negligência, abuso físico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa. O IEP é composto por 42 questões que abordam práticas educativas positivas e negativas, podendo ser respondido pelos pais e/ou pelos filhos, crianças acima de oito anos e adolescentes, alfabetizados ou não (SAMPAIO; GOMIDE, 2007). Os pais podem responder sobre filhos a partir de cinco anos de idade, desde que façam adaptações às situações propostas pelo instrumento (GOMIDE, 2006).

No presente estudo foi feito uso apenas da versão para os pais, em que os cuidadores familiares responderam sobre como utilizam as práticas educativas com os filhos, sendo que os escores do IEP revelam o estilo parental adotado pelos pais (pai e mãe separadamente), que pode ser: estilo parental ótimo - com presença importante das práticas

parentais positivas (monitoria passiva e comportamento moral) e ausência das práticas negativas (punição inconsistente, monitoria negativa, disciplina relaxada, negligência e abuso físico); estilo parental regular acima da média - indica um estilo bom, mas aconselha-se a leitura de livros de orientação para pais na busca de aprimorar as práticas parentais; estilo parental regular abaixo da média - indica que é importante os pais participarem de grupos de treinamento de pais; estilo parental de risco - indica que os filhos estão em risco importante para o desenvolvimento de comportamentos antissociais, aconselha-se a participação em programas de intervenção terapêutica para os pais (CID, 2011; GOMIDE, 2006).

As respostas do IEP são pontuadas em escala *Likert* de três pontos (0= nunca (se em dez episódios, agiu-se daquela forma de zero a duas vezes; 1= às vezes (de três a sete vezes); 2= sempre (de oito a dez vezes)) e a tabulação dos dados é feita com uso da folha de resposta que contém as sete práticas educativas do instrumento. Dessa forma, cada prática educativa pode ter a pontuação máxima de 12 e a mínima de zero, uma vez que cada prática parental é avaliada a partir de seis questões (GOMIDE, 2006).

Da aplicação do IEP obtêm-se escores de cada uma das práticas e também o Índice de Estilo Parental, este último sendo o resultado da subtração da soma das práticas negativas da soma das práticas positivas. O Índice de Estilo Parental é um escore bruto que deve ser consultado nas tabelas normativas do instrumento, encontrando-se os percentis referentes aos valores obtidos. Por meio do valor percentual é identificado o estilo parental predominante. A saber: IEP de 80 a 99 – estilo parental ótimo; 55 a 75 – estilo parental regular, acima da média; 30 a 55 – estilo parental regular, abaixo da média; 1 a 25 – estilo parental de risco (SAMPAIO; GOMIDE, 2007; GOMIDE, 2006).

2.4 PROCEDIMENTOS

2.4.1 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em dezembro de 2012 (ANEXO B).

Após parecer favorável do CEP/UFSCar, o projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Educação de Natal e à Secretaria de Estado da Educação e da Cultura do Rio Grande do Norte, solicitando-se a concordância destas secretarias para realização da coleta de dados da pesquisa nas instituições escolares da rede municipal e estadual de ensino, localizadas na cidade de Natal/RN (APÊNDICE E).

Para os cuidadores familiares participantes foram esclarecidos os objetivos do estudo, seus direitos em relação à pesquisa, e após concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), referente à participação dos mesmos e de suas crianças na pesquisa.

Na ocasião das solicitações junto às secretarias e às instituições escolares, a pesquisadora se comprometeu a realizar devolutiva às escolas e famílias participantes, ceder exemplar da tese e/ou proferir palestras para interessados sobre o tema investigado e abordar os principais resultados obtidos na pesquisa. Tais procedimentos serão concretizados após a defesa de tese.

2.4.2 Procedimentos de Teste

Foram realizadas cinco aplicações teste para avaliar a adequação dos instrumentos de coleta dos dados, verificar se crianças com deficiência física na faixa etária selecionada eram capazes de entender e responder aos instrumentos SPPC e PEGS, assim como, avaliar o formato de administração dos instrumentos e o tempo para a aplicação, os quais passaram por ajustes. As aplicações também serviram para treinar a pesquisadora quanto ao uso dos instrumentos, como parte dos cuidados para reduzir a possibilidade de erros no processo de coleta de dados e, conseqüentemente, garantir a confiabilidade das informações.

Do total de aplicações, as duas primeiras foram realizadas, cada uma, com o cuidador principal (mãe) e seu filho com DF (mielomeningocele; sequela motora de meningite), com as idades mínima (8) e máxima (12) dentro da faixa etária definida como critério para participação da criança no estudo. As duas aplicações subsequentes foram realizadas, cada uma, com o cuidador principal (mãe) e seu filho com DT, da mesma forma, um com oito anos e outro com 12 anos de idade. As crianças com DF foram selecionadas em instituição de saúde localizada em município distinto ao do presente estudo, uma vez que a mesma criança na qual se aplicou o teste não poderia, posteriormente, fazer parte da amostra da pesquisa. Todos os cuidadores foram esclarecidos sobre o estudo e convidados

a participarem. Após concordância, encontros foram agendados na instituição de saúde ou na residência dos sujeitos para aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Após as aplicações observou-se que o tempo de administração total dos instrumentos (respostas do cuidador + respostas da criança) variou entre 40 minutos e uma hora e dez minutos, sendo gasto maior tempo nas aplicações com as crianças com DF, e mais especificamente, com a criança de maior comprometimento motor (nível GMFCS IV – grave) em comparação com a criança de menor comprometimento motor (nível GMFCS II – leve).

A partir do piloto foi estabelecida a ordem de administração dos instrumentos junto aos cuidadores, a saber: Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e Ficha de Caracterização da Criança, GMFCS *Family Report Questionnaire* (apenas para grupo DF) e IEP; assim como junto às crianças: PEGS e SPPC.

A maior dificuldade notada no piloto foi em relação ao instrumento SPPC para as crianças, principalmente para a criança com DF de maior comprometimento motor. A extensão do instrumento (36 questões), a linguagem utilizada e a aparente semelhança entre algumas questões tornava cansativa a aplicação do instrumento. Na tentativa de dar ritmo e proporcionar maior foco da criança durante a aplicação do instrumento, algumas adaptações, descritas a seguir, foram implementadas, o que resultou na versão utilizada no presente estudo.

- As questões foram digitadas em arquivo *Power Point* (exemplo no APÊNDICE F), com ilustrações relacionadas ao tema de cada questão, de forma que a administração do instrumento foi feita com auxílio de um *notebook* ou *tablet* para aumentar o interesse da criança em responde-lo. A criança era incentivada a interagir com a tela multimídia do *notebook* ou *tablet*, passando os slides e acompanhando a leitura das questões, além de ser motivada a prosseguir respondendo até chegar ao final do instrumento, ganhando a cada fase completada um incentivo com frases de estímulo e uma estrela, ‘alcançando três estrelas’ ao final – o instrumento foi dividido em três etapas e ao final de cada uma a criança ‘alcançava uma estrela’.
- Foram confeccionados cartões com as expressões “MUITO VERDADEIRO” e “POUCO VERDADEIRO” para a criança indicar o grau de acordo com a afirmação escolhida em cada questão (APÊNDICE G).
- Substituição da palavra “pessoas” por “crianças” em todas as questões.

- Exemplos foram pré-definidos em questões específicas (cinco, 11, 20, 23 e 36) e os mesmos exemplos eram usados sempre que as crianças demonstravam dúvidas.¹⁷ Sobre os demais instrumentos de pesquisa, foi possível identificar que:
- Na Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e Ficha de Caracterização da Criança itens deveriam ser retirados, incluídos e outros reagrupados.
- O GMFCS *Family Report Questionnaire* deveria ser lido para o cuidador (sempre apresentando as opções do nível de maior para o de menor gravidade), sendo a resposta preenchida pelo entrevistador. Desta forma, foi feita uma versão para utilização com os cuidadores alterando a introdução do texto do instrumento de ‘minha criança...’ para ‘sua criança...’. Em caso de dúvida entre dois níveis, os cuidadores eram instruídos a selecionar o nível que mais se aproximava à função motora grossa de sua criança.
- No PEGS: (a) o entrevistador deveria manter os cartões organizados na ordem de apresentação das questões e solicitar à criança para virar os cartões sobre a mesa; (b) usar inicialmente as duas questões de exemplos que o instrumento disponibiliza para confirmar o entendimento da criança sobre como responder ao PEGS; (c) destacar orientações na folha de resposta para lembrar ao entrevistador os três itens que devem ser respondidos apenas por crianças que fazem uso de cadeira de rodas, andador ou muletas; (d) dar os mesmos exemplos sempre que as crianças demonstrassem estar em dúvida; (e) orientar para que a criança em cada questão indicasse se ‘parece muito’ ou ‘parece pouco’ com a representação que consta no cartão selecionado (referente a parte de graduação da competência), resultando na versão utilizada no presente estudo.
- O IEP também deveria ser lido para o cuidador e preenchido pelo entrevistador; esclarecimentos sobre o preenchimento deveriam ser previamente apresentados aos respondentes, inclusive sobre a compreensão dos itens em que a forma negativa¹⁸ da frase poderia causar dúvidas ao ter que escolher entre uma das opções: ‘sempre’, ‘às vezes’ ou ‘nunca’. Para tanto, nestes itens foram destacados em negrito

¹⁷ Por exemplo, na questão 20 “algumas crianças estão sempre ‘fazendo coisas’ com outras crianças” *mas* “outras crianças frequentemente ‘fazem as coisas’ sozinhas”, atividades como brincar, passear, assistir TV e estudar eram apresentadas para melhor compreensão da expressão ‘fazer coisas’, no caso de dúvida por parte da criança.

¹⁸ Por exemplo, no item dez: “Quando estou alegre, **não** me importo com as coisas erradas que meu filho(a) faça”.

expressões como ‘não’ e ‘somente’, o que resultou no formato de apresentação do IEP utilizado no presente estudo.

Executados os devidos ajustes nos instrumentos, foi realizado mais um piloto, desta vez com uma criança com paralisia cerebral, de 11 anos de idade, com comprometimento motor leve, residente em outro município. Na oportunidade, observou-se que os procedimentos estavam adequados.

2.4.3 Identificação dos Participantes

A Secretaria Municipal de Educação de Natal e a Secretaria de Estado da Educação e Cultura do Rio Grande do Norte foram concomitantemente contatadas para localização das instituições escolares que registravam ter incluídas em seu alunado crianças com deficiência física na faixa etária considerada no estudo. A Secretaria Municipal de Educação de Natal forneceu uma relação com a quantidade de alunos com deficiência física matriculados no ano de 2013 na rede municipal de Natal (55 crianças com DF distribuídas em 25 escolas) e a Secretaria de Estado da Educação e Cultura do Rio Grande do Norte forneceu relação das matrículas da educação especial no ano de 2012 por tipo de necessidade, município e estabelecimento (75 crianças com DF distribuídas em 45 escolas). A partir destas informações a pesquisadora responsável buscou localizar os possíveis participantes, por meio de visita às escolas.

De posse da autorização das secretarias, o projeto foi apresentado à 64 escolas visitadas¹⁹ (22 escolas municipais e 42 estaduais), dentre as 70 que haviam sido indicadas pelas secretarias²⁰, para localização dos participantes e solicitação de autorização para realização da etapa de coleta dos dados do estudo em suas dependências (APÊNDICE H).

Em cada escola, após apresentação da pesquisadora e da proposta do estudo, era verificada a informação sobre a presença de criança com DF na faixa etária indicada entre o alunado. Nos casos em que havia criança com DF com possibilidade de ser participante do estudo (que atendesse aos critérios de inclusão), era solicitada autorização da escola para realizá-lo nas dependências da instituição. Os cuidadores familiares das crianças selecionadas foram convidados por contato telefônico, disponibilizado pela escola, a

¹⁹ A pesquisadora teve dificuldades para localizar seis das 70 escolas que haviam sido indicadas pelas secretarias, pois as mesmas se encontravam com endereço desatualizado ou em regiões de difícil acesso e/ou ainda de alta periculosidade.

²⁰ As 16 escolas envolvidas no estudo representam 22,8% do total (70) de escolas públicas de ensino fundamental em Natal que as secretarias de educação indicaram ter crianças com DF.

participarem juntamente com a criança, agendando-se encontro destinado a administração dos instrumentos de coleta dos dados. O encontro para coleta dos dados acontecia na própria escola de vínculo da criança ou na residência da família, caso o cuidador preferisse.

Ao contatar os cuidadores familiares principais das crianças, como responsáveis pelas mesmas, estes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cuidadores familiares responsáveis por crianças com deficiência física (APÊNDICE I) e para cuidadores familiares responsáveis por crianças com desenvolvimento típico (APÊNDICE J), autorizando a sua participação e a de sua respectiva criança no estudo.

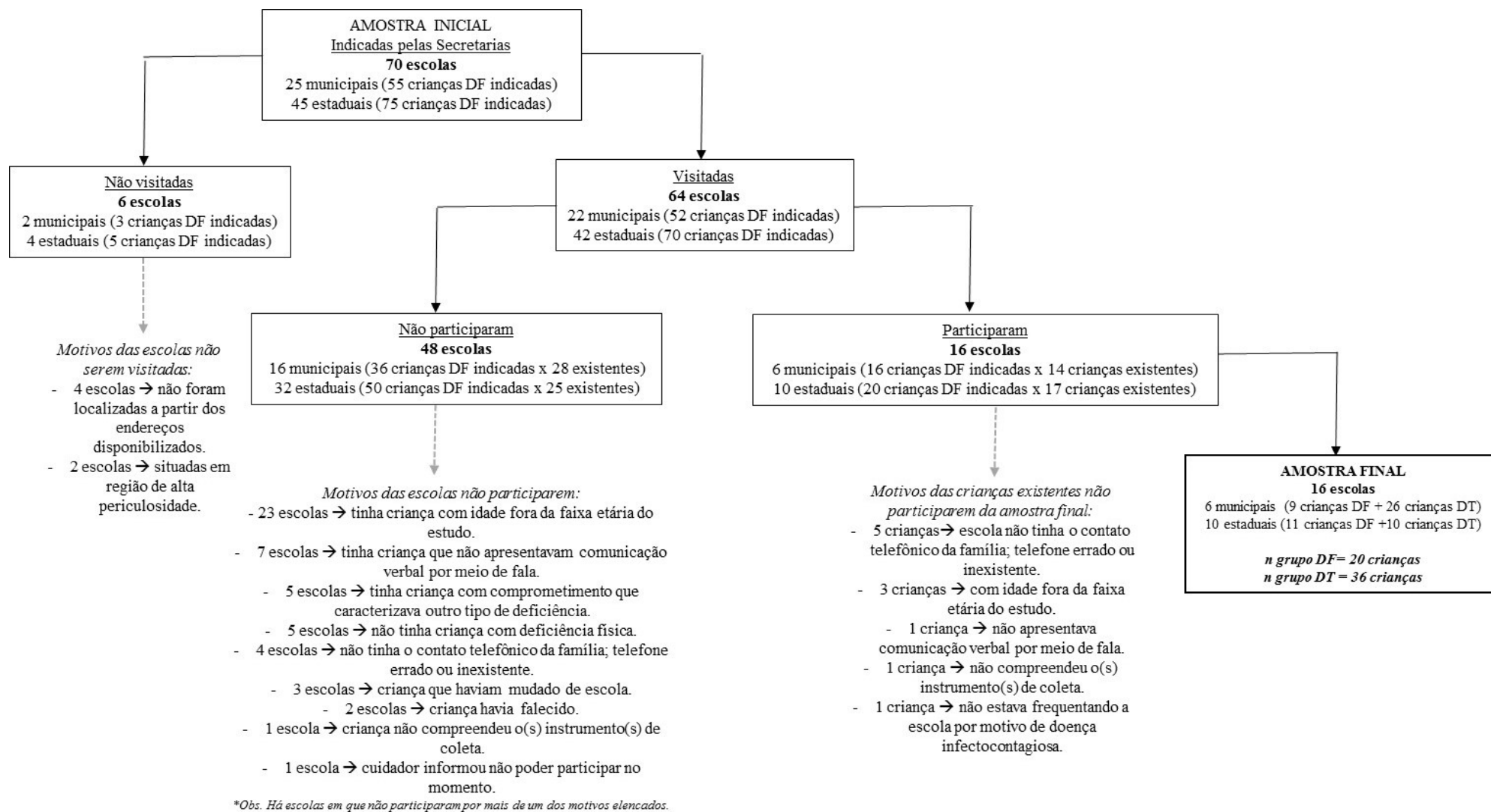
Após identificação e realização da coleta com cada criança com DF e seu cuidador, acontecia a busca pelas crianças com desenvolvimento típico e seus cuidadores buscando o pareamento, conforme os critérios descritos anteriormente e retomados a seguir. À professora responsável pela turma em que estudava a criança com DF era solicitada a indicar alunos que pudessem participar do estudo compondo o grupo de crianças com DT, para tanto, buscava-se um aluno que respondesse ao máximo os seguintes critérios: 1º do mesmo sexo, 2º mesma idade e 3º mesma sala da criança com DF ou mesma escolaridade. O contato e convite aos cuidadores das crianças com DT também foi feito por telefone e, igualmente, agendavam-se os encontros para administração dos instrumentos de coleta dos dados com as crianças e seus cuidadores na escola de vínculo da criança ou na residência da família.

Para identificação dos participantes algumas dificuldades foram vivenciadas, a saber: (a) informação desatualizada das secretarias em relação às crianças com DF na rede municipal e estadual de ensino (ao visitar as escolas a pesquisadora deparou-se com situações em que a criança com DF tinha idade inferior ou superior à indicada; criança havia mudado de escola; criança havia falecido); (b) informação desatualizada das escolas em relação ao cadastro/dados pessoais de seus alunos (casos em que não havia contato dos pais/responsáveis; número de telefone errado ou inexistente); (c) equívoco da secretaria ou da escola ao identificar o tipo de comprometimento da criança, classificando-a erroneamente como criança com deficiência física.

Um fluxograma do percurso amostral foi elaborado com o propósito de facilitar a compreensão dos procedimentos para identificação dos participantes e alcance da amostra

final de 16 escolas, 20 crianças com DF, 36 crianças com DT e os respectivos cuidadores das crianças, apresentado no Quadro 2-1.

Quadro 2-1 – Fluxograma do percurso amostral durante a etapa de identificação dos participantes.



Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

2.4.4 Equipe de Coleta dos Dados

Com o intuito de alcançar um maior número de participantes no período pré-estabelecido para a etapa de coleta de dados, alunos de graduação e técnicos de nível superior com experiência junto à população infantil foram recrutados para participarem como auxiliares de pesquisa, compondo a equipe de coleta de dados, colaborando em momentos distintos do estudo. A equipe contou no total com 6 auxiliares (sendo duas alunas do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Potiguar-UnP, dois profissionais terapeutas ocupacionais que trabalham na área do desenvolvimento infantil e dois profissionais de nível superior de outras áreas de conhecimento), sendo que quatro destes participaram apenas no momento das duas ações coletivas realizadas para ampliação da amostra de crianças com DT. Todos passaram por treinamento com a pesquisadora responsável em relação à aplicação dos instrumentos, contato com os participantes, preparação para o campo e demais providências. Encontros com a pesquisadora eram feitos para balanço e avaliação do processo de coleta, agendamento das coletas por telefone, esclarecimento de dúvidas e reflexão sobre as vivências que as entrevistas proporcionaram, além de discussão sobre os temas envolvidos no estudo.

2.4.5 Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu durante 11 meses, no período compreendido entre outubro de 2013 e setembro de 2014. As aplicações dos instrumentos foram realizadas nas instituições escolares de vínculo das crianças, em dias e horários previamente marcados, de modo a não interferir na rotina das famílias e dos serviços das unidades educacionais. Houve casos em que as aplicações aconteceram na residência dos participantes, conforme solicitação do cuidador familiar principal e com agendamento prévio.

Em local disponibilizado pelas escolas, foi feita a coleta individual com os cuidadores, sem a presença da criança, na qual era solicitada a assinatura voluntária do TCLE e aplicados, sob a forma de entrevista, os instrumentos:

- Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e Ficha de Caracterização da Criança, *Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire* (GMFCS) e Inventário de Estilos Parentais (IEP), junto ao cuidador de criança com DF.
- Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e Ficha de Caracterização da Criança e o Inventário de Estilos Parentais (IEP), junto ao cuidador de criança com DT.

Separadamente (em geral, logo após a coleta com o cuidador), foi feita a coleta com cada criança com DF e com DT, na qual respondia, também sob a forma de entrevista, os instrumentos:

Self-Perception Profile for Children (SPPC) e o *Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)*.

Destaca-se que as crianças de ambos os grupos se envolveram durante à aplicação destes instrumentos, sobretudo do PEGS, e demonstraram interesse em participarem da coleta, muito provavelmente pela forma lúdica em que ela foi conduzida. Algumas crianças com DF apresentaram certa dificuldade em responder as questões, principalmente do SPPC, mas estas foram superadas com explicações da pesquisadora e compreende-se que não comprometeram as respostas.

Em função da realidade que restringiu o tamanho da amostra de crianças com deficiência física, conforme os critérios de inclusão estabelecidos inicialmente para o estudo, após realizadas 20 coletas do grupo de crianças com DF e com seus pares do grupo DT, além dos cuidadores de ambos os grupos, considerou-se a importância de dar continuidade aos esforços para alcançar maior número de participantes, ainda que apenas para o grupo DT. Assim, foram planejadas ações coletivas junto às escolas numa tentativa de ampliação da amostra de participantes com desenvolvimento típico. Durante o período de coleta foi possível implementar duas dessas ações em uma das escolas envolvidas na pesquisa, que viabilizaram mais 16 coletas do grupo de crianças com DT e seus cuidadores.

Nestas ações, os pais dos alunos de duas turmas da escola colaboradora, uma do terceiro ano e outra do quinto ano, foram convidados pelas professoras a comparecerem em determinado dia e horário para participarem de uma reunião na escola. Na ocasião, a direção da escola informava ao grupo de pais o motivo da convocação e apresentava a equipe da presente pesquisa. Os objetivos e procedimentos do estudo foram informados e os cuidadores convidados a participarem juntamente com a sua criança.

Na etapa de coleta dos dados, a pesquisadora também teve que lidar com inúmeras intercorrências, dentre elas: a paralisação das atividades por motivo de greve na rede estadual de ensino (deflagrada em fevereiro/2014) e em seguida na rede municipal (deflagrada em abril/2014), durante o período programado para as coletas; o frequente não comparecimento dos cuidadores às coletas nos dias e horários agendados; cuidadores não aceitarem participar do estudo (principalmente quando responsáveis pelas crianças com DT); as condições que envolviam o deslocamento até as escolas públicas participantes, localizadas em sua grande maioria, na região periférica do município de Natal, somada a situação de caos no trânsito que a cidade vivencia e que foi agravada durante as obras da Copa do Mundo de futebol realizada no Brasil no ano de 2014, sendo Natal uma das cidades-sede do evento, dentre outras.

2.4.6 Análise dos Dados

As informações advindas da Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e Ficha de Caracterização da Criança e do GMFCS *Family Report Questionnaire* foram categorizadas e tabuladas em planilhas criadas no *Microsoft Excel*. Os dados advindos dos instrumentos padronizados SPPC, PEGS e IEP, após tabulados no *Microsoft Excel*, foram transformados a partir das planilhas normativas de cada um deles, com base nos manuais disponibilizados, assim como as interpretações dos resultados advindos destes.

Inicialmente, análise descritiva dos resultados foi realizada evidenciando padrões de distribuição e frequência das variáveis investigadas.

O tipo de abordagem e as técnicas estatísticas inferenciais mais adequadas foram selecionados para comparar, correlacionar e evidenciar indicativos de relações existentes entre as variáveis investigadas, sendo as análises acompanhadas e discutidas com consultores da área de estatística. Para realização destas análises foi utilizado o *Software SPSS*.

A abordagem estatística paramétrica foi adotada devido ao atendimento de pressuposições teóricas (normalidade dos dados e homogeneidade das variâncias) exigidas para o emprego deste tipo de abordagem e os resultados dos testes utilizados nas análises foram considerados com significância, quando o valor associado à estatística que o descreve (p-valor) foi inferior a 0,05.

Assim, dados do estilo parental do cuidador familiar, do autoconceito e da autoeficácia das crianças com DF foram comparados com os das crianças com DT com o uso dos testes t, qui-quadrado, exato de Fisher, ANOVA-*one way* e *post hoc*-LSD. No caso do teste t e ANOVA-*one way*, estes foram utilizados após a verificação dos pressupostos de: a) normalidade dos dados (teste de Kolmogorov-Smirnov) e b) homogeneidade das variâncias (teste de Levene).

Considerando todos os participantes, ou seja, crianças e cuidadores dos grupos DF e DT, as médias de autoeficácia, do autoconceito, do estilo parental e práticas educativas parentais foram também comparadas com variáveis da criança e do cuidador, a saber: o sexo e a idade da criança; a condição de trabalho, a situação conjugal e a escolaridade do cuidador. Posteriormente, as médias de autoeficácia, do autoconceito, do estilo parental e práticas educativas parentais ainda foram comparadas em relação à variável nível de comprometimento motor das crianças com DF.

Correlações entre os estilos e práticas parentais dos cuidadores familiares, do autoconceito e da autoeficácia das crianças com DF e com DT foram investigadas com uso do teste de Pearson, para identificar possíveis relações entre estas variáveis nos grupos DF e DT, separadamente, e ainda no grupo DF de crianças com comprometimento motor leve e no grupo DF de crianças com comprometimento motor moderado ou grave.

3 RESULTADOS

Nesta seção os resultados do estudo estão agrupados em três tópicos e assim serão apresentados. O primeiro tópico é relativo aos resultados descritivos gerais que revelam a distribuição sociodemográfica, econômica, de educação e de saúde das crianças e de seus cuidadores. O segundo, refere-se aos resultados da análise de comparação do autoconceito, da autoeficácia e dos estilos e práticas educativas parentais entre os grupos de crianças com DF e com DT, bem como resultados comparativos em relação ao nível de comprometimento motor das crianças do grupo DF. Finalmente, no terceiro tópico, encontram-se os resultados da análise de correlação investigada por grupos, que buscou identificar possíveis relações entre o autoconceito e a autoeficácia das crianças e os estilos e práticas educativas parentais de seus cuidadores familiares.

3.1 RESULTADOS DESCRITIVOS

Apresentam-se a seguir os resultados descritivos gerais do estudo.

3.1.1 Caracterização e Detalhamento dos Participantes

As principais informações referentes à caracterização das crianças do grupo DF, do grupo DT e dos respectivos cuidadores familiares participantes do estudo seguem dispostos na Tabela 3-1 e Tabela 3-2.

Tabela 3-1 – Distribuição das características sociodemográficas, de educação e de saúde das crianças segundo os grupos DF e DT.

Características das crianças	Total		Grupos de Crianças			
	(n)	(%)	DF		DT	
			Crianças (n)	Perc. (%)	Crianças (n)	Perc. (%)
Sexo						
Masculino	29	51,8	11	55,0	18	50,0
Feminino	27	48,2	9	45,0	18	50,0
Idade (anos)⁽¹⁾						
8 a <10 anos	28	50,0	9	45,0	19	52,8
10 a 12 anos	28	50,0	11	55,0	17	47,2
<i>Idade Média ± Desvio Padrão:</i>	10,2 ± 1,57 anos		10,5 ± 1,73 anos		10,0 ± 1,48 anos	
<i>Idade Mín. e Máx.:</i>	8,0 e 12,6 anos		8,1 e 12,3 anos		8,0 e 12,6 anos	
Escolaridade⁽²⁾						
1º ano	1	1,8	1	5,0	-	-
2º ano	7	12,5	3	15,0	4	11,1
3º ano	16	28,6	3	15,0	13	36,1
4º ano	10	17,9	6	30,0	4	11,1
5º ano	14	25,0	3	15,0	11	30,6
6º ano	6	10,7	3	15,0	3	8,3
7º ano	2	3,6	1	5,0	1	2,8
Nível de função motora⁽³⁾						
I	-	-	5	25,0	-	-
II	-	-	6	30,0	-	-
III	-	-	4	20,0	-	-
IV	-	-	2	10,0	-	-
V	-	-	3	15,0	-	-
Diagnóstico						
Paralisia cerebral	-	-	9	45,0	-	-
Má formação ou comprometimento de membros ⁽⁴⁾	-	-	7	35,0	-	-
Mielomeningocele	-	-	2	10,0	-	-
Atrofia muscular espinhal	-	-	1	5,0	-	-
Artrogripose	-	-	1	5,0	-	-
Total	20	100	20	100	36	100

(1) Valor representado em média, desvio padrão, mínimo e máximo. (2) Em ano escolar do ensino fundamental. (3) Conforme o *Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire* – Grupo DF. (4) Refere-se à má formação ou comprometimento em membros superiores e/ou inferiores - Grupo DF.

Acerca das crianças com DF, a média de idade é dez anos e seis meses, entre meninos e meninas, alunos do primeiro ao sétimo ano do ensino fundamental, com diferentes tipos diagnósticos e níveis motores.

Destaca-se a maior proporção de crianças com paralisia cerebral (45%), bem como, maior proporção de crianças leves em relação ao nível motor (níveis I e II do GMFCS, respectivamente, 25% e 30%), seguida de crianças graves (níveis IV e V, respectivamente, 10% e 15%) e moderadas (nível III, 20%).

A média de idade das crianças com DT é de dez anos, entre meninos e meninas, alunos do segundo ao sétimo ano do ensino fundamental.

Sobre os cuidadores das crianças de ambos os grupos (DF e DT), encontram-se na Tabela 3-2 os dados gerais de caracterização da amostra.

Tabela 3-2 – Distribuição das características sociodemográficas, econômicas e de educação dos cuidadores das crianças segundo os grupos DF e DT.

Características dos cuidadores	Total		Grupos de Crianças			
			DF		DT	
	(n)	(%)	Crianças (n)	Perc. (%)	Crianças (n)	Perc. (%)
Principal Cuidador						
Mãe	51	91,1	19	95,0	32	88,9
Outros	5	8,9	1	5,0	4	11,1
Sexo						
Feminino	54	96,4	20	100	34	94,4
Masculino	2	3,6	-	-	2	5,6
Idade (anos) ⁽¹⁾						
<i>Idade Média ± Desvio Padrão:</i>	36,5 ± 7,72 anos		35,4 ± 6,60 anos		37,1 ± 8,30 anos	
<i>Idade Min. e Máx.:</i>	24,3 e 64,5 anos		24,3 e 47,1 anos		26,7 e 64,5 anos	
Escolaridade						
Fundamental incompleto ou menos	22	39,3	14	70,0	8	22,2
Fundamental ou médio incompleto	20	35,7	5	25,0	15	41,7
Médio completo a superior	14	25,0	1	5,0	13	36,1
Trabalha fora do lar						
Não	38	67,9	16	80,0	22	61,1
Sim	18	32,1	4	20,0	14	38,9
Situação conjugal						
Vive com companheiro(a)	43	76,8	16	80,0	27	75,0
Vive sozinho(a)	13	23,2	4	20,0	9	25,0
Estado Civil						
Solteiro(a)	35	62,5	14	70,0	21	58,3
Casado(a)	18	32,1	5	25,0	13	36,1
Divorciado(a)/Separado(a)	3	5,4	1	5,0	2	5,6
Total	56	100	20	100	36	100

Tabela 3-2 (Continuação) – Distribuição das características sociodemográficas, econômicas e de educação dos cuidadores das crianças segundo os grupos DF e DT.

Características dos cuidadores	Total		Grupos de Crianças			
			DF		DT	
	(n)	(%)	Crianças (n)	Perc. (%)	Crianças (n)	Perc. (%)
Número de filhos						
Nenhum	1	1,8	1	5,0	-	-
Um	6	10,7	2	10,0	4	11,1
Dois	14	25,0	4	20,0	10	27,8
Três	19	33,9	7	35,0	12	33,3
Mais de três	16	28,6	6	30,0	10	27,8
Renda Familiar⁽²⁾						
Até 2 salários	49	87,5	18	90,0	31	86,1
Até 4 salários	7	12,5	2	10,0	5	13,9
Total	56	100	20	100	36	100

(1) Valor representado em média, desvio padrão, mínimo e máximo. (2) Salário mínimo vigente no período da coleta de dados.

As cuidadoras do grupo DF – que em grande maioria (95%) são as mães das crianças, sendo apenas uma participante a tia-avó da criança – apresentam idade média de 35,4 anos, sendo que a maioria é solteira (70%), 80% vive com companheiro e 35% tem três filhos, seguida das que têm mais de três filhos (30%). Sobre o nível educacional, a maioria possui o ensino fundamental incompleto (70%).

A maior parte destas cuidadoras declarou ter renda familiar de até dois salários mínimos (90%). Ressalta-se que apenas 20% destas cuidadoras estão no mercado de trabalho.

Em relação ao grupo DT, o cuidador é a mãe na maioria dos casos (88,9%). Os demais são o pai ou a avó da criança.

Observa-se que a idade média destes cuidadores é de 37,1 anos, sendo que a maioria é solteiro(a) (58,3%), 75% vive com companheiro(a) e 33,3% tem três filhos, seguido dos que têm dois (27,8%) ou mais de três filhos (27,8%). Em relação ao nível educacional, a maioria possui o ensino fundamental completo (27,8%), seguido do ensino médio completo (22,2%).

A maior parte dos cuidadores do grupo DT declarou ter renda familiar de até dois salários mínimos (86,1%) e 38,9% da amostra possuem trabalho fora do lar.

Também são dados advindos da Ficha de Identificação e Caracterização dos Participantes, informações sobre as atividades de rotina, sobre a condição de saúde geral e o

tipo de temperamento de cada criança dos grupos DF e DT, além da realização de tratamentos de reabilitação por parte das crianças com DF, segundo respostas dos cuidadores.

Por terem sido recrutadas em unidades escolares, todas as crianças participantes do estudo frequentavam a escola em sua rotina diária. Além da escola, pôde-se observar demais atividades de rotina que elas cumprem em seu cotidiano, conforme resposta dos cuidadores, dados estes apresentados na Tabela 3-3.

Tabela 3-3 – Atividades de rotina das crianças.

Atividades de rotina ⁽¹⁾	Grupo DF		Grupo DT	
	Crianças (n)	Perc. (%)	Crianças (n)	Perc. (%)
<i>Brincar</i>	8	40,0	10	27,8
<i>Terapias</i>	6	30,0	0	0,0
<i>Lazer</i>	1	5,0	3	8,3
<i>Atividades esportivas</i>	1	5,0	3	8,3
<i>Atividades religiosas</i>	1	5,0	4	11,1
<i>Atividades musicais</i>	0	0,0	2	5,5
<i>Atividades domésticas</i>	0	0,0	4	11,1
Total válido (nº de casos)	20	-	36	-

⁽¹⁾ Variável de múltipla resposta (Resposta: 1=sim).

Destaca-se que para obter o resultado acerca das atividades de rotina das crianças, os cuidadores podiam responder nenhuma, uma ou mais opções de atividades que desejassem. Assim, 30% dos cuidadores do grupo DF consideraram as terapias (tratamentos) como atividades da rotina de suas crianças; o brincar foi citado como parte da rotina de apenas 40% das crianças com DF e de 27,8% das crianças com DT; atividades com finalidade esportiva (esportes em geral), religiosa (igreja/catecismo), musical (cursos de instrumentos musicais), doméstica (ajuda em casa) e de lazer (passeios/assistir TV) também fazem parte da rotina de ambos os grupos.

Ao serem questionadas quanto à condição geral de saúde da criança, 95% e 88,9% dos cuidadores das crianças com DF e com DT, respectivamente, consideraram que suas crianças têm uma boa condição de saúde e não adoecem frequentemente, como disposto na Tabela 3-4 que também informa sobre a resposta dos cuidadores acerca do temperamento das crianças.

Tabela 3-4 – Condição de saúde e temperamento das crianças.

	Grupo DF		Grupo DT	
	Crianças (n)	Perc. (%)	Crianças (n)	Perc. (%)
Condição de saúde				
Boa	19	95,0	32	88,9
Ruim	1	5,0	4	11,1
Temperamento²¹				
Agradável	10	50,0	18	50,0
Difícil	1	5,0	8	22,2
Instável	9	45,0	10	27,8
Total	20	100	46	100

Em relação ao temperamento da criança, 50% dos cuidadores de ambos os grupos consideraram que a criança apresenta comportamento agradável, sendo que do restante dos cuidadores de crianças com DF, 5% consideraram que geralmente a criança tem comportamento difícil e 45% consideraram que a criança apresenta temperamento oscilante (instável); do restante dos cuidadores do grupo DT, 22,2% consideraram que a criança tem comportamento difícil e 27,8% que a criança apresenta temperamento do tipo instável.

Sobre os tipos de tratamentos atuais que as crianças com DF realizam, os achados estão dispostos na Tabela 3-5. Ressalta-se que os cuidadores podiam responder que a sua criança participava de nenhum, um ou mais tipos de tratamentos de reabilitação.

Tabela 3-5 – Tratamentos de reabilitação atuais das crianças com DF.

Tratamentos de reabilitação atuais ⁽¹⁾	Grupo DF	
	Crianças (n)	Perc. (%)
<i>Fisioterapia</i>	7	35
<i>Terapia Ocupacional</i>	4	20
<i>Fonoaudiologia</i>	2	10
<i>Psicologia</i>	2	10
<i>Psicomotricidade</i>	1	5
Total válido (nº de casos)	20	-

⁽¹⁾ Variável de múltipla resposta (Resposta: 1=sim).

²¹ Foi considerado temperamento agradável, a criança que regularmente está de bom humor, com comportamento tranquilo; temperamento difícil, a criança geralmente inquieta, com comportamento agitado e/ou agressivo; temperamento instável, a criança que apresenta comportamento oscilante entre agradável e difícil.

Como indicado na Tabela 3-5, destaca-se que 35% do total de crianças com DF realizam Fisioterapia, 20% Terapia Ocupacional e 10% Fonoaudiologia. Sendo que há crianças que realizam mais de um tratamento, entre os mencionados.

Apesar de apenas seis (30%) dos cuidadores do grupo DF terem citado terapias como parte da rotina de suas crianças, como disposto na Tabela 3-5, observa-se que segundo o relato dos mesmos cuidadores, nove (45%) crianças com DF realizam algum tipo de tratamento de reabilitação atualmente, e 11 (55%) não realizam nenhum tratamento.

Da amostra de crianças com DF participantes ainda destaca-se que oito (40%) delas frequentam as Salas de Recursos Multifuncionais (SRM) existentes nas escolas regulares em que estudam. Observou-se que a não participação de 12 (60%) das crianças com DF em SRM estava relacionada ao fato da escola julgar que o aluno não precisa deste tipo de auxílio (sete casos), pela escola ainda não ofertar o serviço (três casos) ou estar com a SRM em fase de implantação (dois casos). Algumas escolas participantes relataram dificuldades em inserir, de fato, as SRM na instituição, principalmente pela falta de profissionais preparados à trabalharem neste ambiente com as demandas específicas de crianças com necessidades educacionais especiais ou pelo atraso em receber do governo o repasse de materiais e equipamentos²² para implantação das salas. Houve ainda escolas que relataram não terem sido contempladas pelo programa de implantação das SRM.

3.2 RESULTADOS DAS ANÁLISES COMPARATIVAS

Ao comparar os grupos de crianças com DF (n=20) e com DT (n=36), em relação a características da criança e do cuidador e seu grupo familiar, como disposto na Tabela 3-6, foi possível identificar, por meio do teste de Qui-quadrado, que verifica a associação entre duas variáveis categóricas, que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao sexo da criança, condição de saúde, temperamento, rotina de lazer e rotina de esporte; atividade profissional do cuidador (se trabalha fora), número de filhos, situação conjugal e a renda mensal familiar, fornecendo p-valor > $\alpha=0,05$.

²² Equipamentos de informática, mobiliários, materiais didáticos e pedagógicos diferenciados.

Tabela 3-6 – Comparação das características das crianças e cuidadores segundo os grupos DF e DT.

Características	Total		Grupo de crianças				Teste de χ^2 ⁽⁺⁾ Sig. p-valor
			DF		DT		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo das crianças							p=0,720
Masculino	29	51,8	11	55,0	18	50,0	
Feminino	27	48,2	9	45,0	18	50,0	
Condição de Saúde ^(a)							p=0,645
Ruim	5	8,9	1	5	4	11,1	
Boa	51	91,1	19	95	32	88,9	
Temperamento							p=0,174
Difícil	9	16,1	1	5,0	8	22,2	
Instável	19	33,9	9	45,0	10	27,8	
Agradável	28	50	10	50,0	18	50,0	
Atividade – Lazer							p=0,388
Não	35	62,5	11	55,0	24	66,7	
Sim	21	37,5	9	45,0	12	33,3	
Atividade - Esporte ^(a)							p=1,000
Não	52	92,9	19	95,0	33	91,7	
Sim	4	7,1	1	5,0	3	8,3	
Número de filhos							p=0,860
Até 3 filhos	40	71,4	14	70,0	26	72,2	
Mais de 3 filhos	16	21,6	6	30,0	10	27,8	
Atividade do cuidador							p=0,147
Não trabalha fora	38	67,9	16	80,0	22	61,1	
Trabalha fora	18	32,1	4	20,0	14	38,9	
Situação conjugal ^(a)							p=0,752
Sozinho(a)	13	23,2	4	20,0	9	25,0	
Com companheiro(a)	43	76,8	16	80,0	27	75,0	
Renda Familiar							p=1,000
Até 2 salários mínimos	49	87,5	18	90,0	31	86,1	
De 3 a 4 salários mínimos	7	12,5	2	10,0	5	13,9	
Escolaridade do cuidador							p=0,001*
Fundamental incompleto ou menos	22	39,3	14	70,0	8	22,2	
Fundamental completo ou médio incompleto	20	35,7	5	25,0	15	41,7	
Médio completo a superior	14	25,0	1	5,0	13	36,1	
Total	56	100	20	100	36	100	

⁽⁺⁾ Teste de associação de Qui-quadrado. Resultado significativo (*) p-valor < 0,05. ^(a) Teste exato de Fisher (células com frequência esperada inferior a cinco, Tabela de Contingência 2x2).

A partir da Tabela 3-6, nota-se que, apenas houve diferença significativa entre os grupos DF e DT em relação à variável categórica escolaridade do cuidador, fornecendo p-valor < 0,05, de maneira que a escolaridade dos cuidadores do grupo DT é significativamente maior do que a dos que compõe o grupo DF.

Para comparação dos resultados das escalas de autoconceito, autoeficácia e estilos parentais entre os grupos DF e DT, com uso do teste t, para comparação das médias de dois grupos independentes (grupos de crianças com deficiência física e com desenvolvimento típico), verificou-se primeiramente os pressupostos ou premissas: a) normalidade dos dados (teste de Kolmogorov-Smirnov) e b) homogeneidade das variâncias (teste de Levene). Os resultados do teste t são apresentados nas Tabela 3-7, Tabela 3-8 e Tabela 3-9, a seguir.

Tabela 3-7 – Comparação dos valores médios das dimensões de autoconceito do SPPC segundo os grupos DF e DT por meio do teste t.

Grupo de crianças	<i>Escore médio (desvio padrão) dos domínios do SPPC (Autoconceito) ⁽⁺⁾</i>					
	Cognitivo ^{a,b}	Social ^{a,b}	Motor ^{a,b}	Aparência física ^{a,b}	Comportamental ^{a,b}	Global ^{a,b}
DF (n=20)	2,73 (0,80)	2,76 (0,72)	2,66 (0,84)	3,14 (0,80)	3,21 (0,55)	3,13 (0,82)
DT (n=36)	3,03 (0,66)	2,97 (0,62)	2,81 (0,79)	3,53 (0,56)	3,33 (0,58)	3,45 (0,54)
Sig. p-valor	0,140	0,261	0,507	0,038*	0,444	0,076

⁽⁺⁾ Teste t (compara as médias de 2 grupos independentes): resultado significativo (*) p-valor < 0,05.
resultado não significativo p-valor > 0,05.

^(a) Premissa de normalidade dos dados satisfeita (teste de Kolmogorov-Smirnov).

^(b) Premissa de igualdade de variâncias satisfeita (teste de Levene).

Conforme a Tabela 3-7, foi identificada diferença significativa na comparação do autoconceito entre os grupos, na dimensão ‘aparência física’, sendo a média do autoconceito de ‘aparência física’ do grupo DT maior do que a média do autoconceito de ‘aparência física’ do grupo DF. Na comparação das demais dimensões do autoconceito não foram identificadas diferenças significativas.

Tabela 3-8 – Comparação do valor médio de autoeficácia do PEGS segundo os grupos DF e DT através do teste t de equal variances not assumed.

Autoeficácia	Crianças	Média	D.P	Teste de Levene ^(b)		Teste t ⁽⁺⁾	
				Estat. F	Sig. p	Estat. t	Sig. p
PEGS ^(a)	DF (n=20)	66,45	3,88	F = 9,327	p=0,004	t = -4,383	0,001*
	DT (n=36)	82,06	1,56				

⁽⁺⁾ Teste t (compara as médias de 2 grupos independentes): resultado significativo (*) p-valor < 0,05.

^(a) Premissa de normalidade dos dados satisfeita (teste de Kolmogorov-Smirnov).

^(b) Premissa de igualdade de variâncias não atendida (teste de Levene).

Por não haver homogeneidade das variâncias para a autoeficácia, foi utilizado o teste de *equal variances not assumed* (considerando variáveis iguais nos grupos) para comparação das médias de autoeficácia das crianças dos grupos DF e DT, como se pode notar na Tabela 3-8. Observou-se diferença significativa na comparação da autoeficácia entre os grupos, sendo que o grupo DT apresentou maior média de autoeficácia do que o grupo DF.

Em relação ao estilo parental, análise descritiva dos dados possibilitou observar que 45% dos cuidadores do grupo DF e 41,7% dos cuidadores do grupo DT apresentam estilo parental de risco para o desenvolvimento de comportamentos antissociais nas crianças focalizadas no estudo; 15% do grupo DF e 27,8% do grupo DT apresentam estilo parental regular, abaixo da média; 25% do grupo DF e 19,4% do grupo DT, estilo parental regular, acima da média; e 15% do grupo DF e 11,1% do grupo DT, estilo parental ótimo. Dados estes que indicam o predomínio de práticas parentais negativas dos cuidadores em suas interações cotidianas com as crianças em ambos os grupos.

Resultados acerca da comparação do estilo e das práticas parentais dos cuidadores entre os grupos DF e DT são descritos na Tabela 3-9.

Tabela 3-9 – Comparação do estilo e das práticas educativas parentais dos cuidadores entre os grupos DF e DT através do teste t.

IEP ^(a)	Cuidadores	Média	D. P	Teste de Levene ^(b)		Teste t ⁽⁺⁾	
				Estat. F	Sig. p	Estat. t	Sig. p
Monitoria Positiva	DF (n=20)	9,75	0,446	F = 0,987	p=0,325	t = -1,103	0,275
	DT (n=36)	10,28	0,257				
Comportamento Moral	DF (n=20)	9,60	0,564	F = 1,935	p=0,170	t = -1,572	0,122
	DT (n=36)	10,53	0,31				
Punição inconsistente	DF (n=20)	2,90	0,528	F = 0,000	p=0,987	t = -0,476	0,636
	DT (n=36)	3,22	0,41				
Negligência	DF (n=20)	2,85	0,494	F = 0,151	p=0,699	t = -0,115	0,909
	DT (n=36)	2,92	0,337				
Disciplina Relaxada	DF (n=20)	4,55	0,569	F = 0,994	p=0,323	t = 1,729	0,089
	DT (n=36)	3,50	0,325				
Monitoria Negativa	DF (n=20)	6,50	0,516	F = 0,383	p=0,583	t = -2,213	0,031*
	DT (n=36)	7,83	0,346				
Abuso Físico	DF (n=20)	1,30	0,317	F = 0,738	p=0,394	t = -2,411	0,019*
	DT (n=36)	2,36	0,276				
Estilo parental (índice IEP)	DF (n=20)	1,25	1,983	F = 2,174	p=0,146	t = 0,127	0,899
	DT (n=36)	0,97	1,203				

⁽⁺⁾ Teste t (compara as médias de 2 grupos independentes): resultado significativo (*) p-valor < 0,05.
resultado não significativo p-valor > 0,05.

^(a) Premissa de normalidade dos dados satisfeita (teste de Kolmogorov-Smirnov).

^(b) Premissa de igualdade de variâncias satisfeita (teste de Levene).

Destaca-se na Tabela 3-9 que, não houve diferenças significativas na comparação entre as médias do estilo parental do grupo DF e grupo DT. Contudo, houve diferenças significativas na comparação das práticas de ‘monitoria negativa’ e ‘abuso físico’ entre os grupos, de maneira que, a média destas duas práticas negativas no grupo DT foi maior do que a média destas práticas no grupo DF.

Apenas para as crianças do grupo DF (n=20), foi investigada com o teste t a comparação das médias de autoeficácia, do autoconceito, do estilo e práticas educativas parentais considerando o nível de comprometimento motor das crianças, como se pode verificar na Tabela 3-10.

Tabela 3-10 – Comparação da autoeficácia, do autoconceito, do estilo e práticas educativas parentais em relação ao nível de comprometimento motor das crianças do grupo DF.

Variáveis	GMFCS (Grupo DF)	Média	D.P	Teste de Levene		Teste t ⁽⁺⁾	
				Estat.F	Sig. p	Estat.t	Sig. P
Autoeficácia ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	72,18	4,406	F=0,173	p=0,683	t=1,713	p=0,104
	Mod/Grave (n=9)	59,44	6,227				
Comp. cognitiva ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	2,67	0,253	F=0,182	p=0,675	t=-0,403	p=0,692
	Mod/Grave (n=9)	2,81	0,263				
Comp. social ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	2,73	0,155	F=2,770	p=0,113	t=-0,210	p=0,836
	Mod/Grave (n=9)	2,80	0,314				
Comp. motora ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	2,79	0,218	F=1,392	p=0,253	t=0,759	p=0,458
	Mod/Grave (n=9)	2,50	0,327				
Aparência física ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	3,33	0,174	F=2,339	p=0,144	t=1,193	p=0,248
	Mod/Grave (n=9)	2,91	0,335				
Cond. comportam. ^(a,b)	Comp. leve (n=11)	3,26	0,153	F=0,275	p=0,607	t=0,438	p=0,667
	Mod/Grave (n=9)	3,15	0,207				
Autoconceito global ^(a)	Comp. leve (n=11)	3,21	0,174	F=3,911	p=0,063	t=0,513	p=0,614
	Mod/Grave (n=9)	3,02	0,358				
Monitoria positiva ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	9,64	0,607	F=0,007	p=0,934	t=-0,274	p=0,787
	Mod/Grave (n=9)	9,89	0,696				
Comportamen. moral ^(a,b)	Comp. leve (n=11)	9,18	0,882	F=1,770	p=0,200	t=-0,813	p=0,427
	Mod/Grave (n=9)	10,11	0,655				
Punição inconsistente ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	3,00	0,786	F=0,535	p=0,474	t=0,204	p=0,841
	Mod/Grave (n=9)	2,78	0,722				
Negligência ^(a)	Comp. leve (n=11)	3,18	0,553	F=1,435	p=0,247	t=0,734	p=0,472
	Mod/Grave (n=9)	2,44	0,884				
Disciplina relaxada ^(a)	Comp. leve (n=11)	4,27	0,715	F=0,074	p=0,789	t=-0,529	p=0,604
	Mod/Grave (n=9)	4,89	0,949				
Monitoria Negativa ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	6,55	0,666	F=0,067	p=0,799	t=0,095	p=0,925
	Mod/Grave (n=9)	6,44	0,852				
Abuso Físico ^(a, b)	Comp. leve (n=11)	1,09	0,285	F=4,474	p=0,049	t=-0,676	p=0,513
	Mod/Grave (n=9)	1,56	0,626				
Estilo parental ^(a, b) (índice IEP)	Comp. leve (n=11)	0,73	2,757	F=0,000	p=0,996	t=-0,284	p=0,799
	Mod/Grave (n=9)	1,89	3,007				

⁽⁺⁾ Teste t (compara as médias de 2 grupos independentes): resultado não significativo p-valor > 0,05.

^(a) Premissa de normalidade dos dados satisfeita (teste de Kolmogorov-Smirnov).

^(b) Premissa de igualdade de variâncias satisfeita (teste de Levene).

Para esta análise, disposta na Tabela 3-10 não foram identificadas diferenças significativas nas médias de autoeficácia, do autoconceito, do estilo e práticas educativas parentais se comparado o grupo de crianças com comprometimento leve (n=11; níveis GMFCS I e II) e o grupo de crianças com comprometimento moderado ou grave (n=9; níveis III, IV ou V do GMFCS).

3.3 RESULTADOS DAS ANÁLISES DE CORRELAÇÃO

As correlações foram investigadas por meio do teste de correlação de Pearson e os resultados são apresentados em relação as correlações para o grupo de crianças com deficiência física (DF) e para o grupo de crianças com desenvolvimento típico (DT). Ainda, para as crianças que integraram o grupo DF, correlações foram investigadas considerando dois subgrupos: crianças com comprometimento motor leve e crianças com comprometimento moderado ou grave. A evidência de correlações foi observada a partir do índice de correlação r (-1 a 1), o seu tamanho²³ e o nível de significância p -valor adotado, conforme consta nos apêndices L, M, N e O.

3.3.1 Análises de Correlação Considerando o Grupo de Crianças com Desenvolvimento Típico (DT)

Na amostra de participantes do grupo DT ($n=36$), foram investigadas correlações entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças (APÊNDICE L).

Foi encontrada correlação significativa, negativa e moderada, entre o estilo parental dos cuidadores e a autoeficácia das crianças ($r=-0,336$; $p=0,045$) do grupo DT. Entretanto, não foram encontradas correlações significativas entre o estilo parental dos cuidadores e o autoconceito das crianças com desenvolvimento típico.

Foram observadas correlações significativas entre algumas práticas educativas parentais dos cuidadores e dimensões do autoconceito da criança com desenvolvimento típico, a saber: correlação negativa moderada entre a ‘disciplina relaxada’ do cuidador e a ‘competência cognitiva’ da criança ($r=-0,527$; $p=0,001$); correlações positivas moderadas entre a ‘monitoria negativa’ do cuidador e a ‘aparência física’ da criança ($r=0,411$; $p=0,013$); assim como, entre ‘abuso físico’ do cuidador e a ‘aparência física’ da criança típica ($r=0,374$; $p=0,025$). Da mesma forma que as práticas de ‘monitoria negativa’ e ‘abuso físico’ se correlacionaram positivamente e moderadamente com a autoeficácia da criança com desenvolvimento típico ($r=0,344$; $p=0,040$ e $r=0,407$; $p=0,014$, respectivamente).

²³ O tamanho do índice r revela a força da correlação, quando $> 0,7$ (positivo ou negativo) indica forte correlação, entre 0,3 e 0,7 (positivo ou negativo) indica correlação moderada, de 0 a 0,3, fraca correlação.

Houve correlações significativas, positivas e moderadas, entre a autoeficácia e o autoconceito nas dimensões ‘competência motora’ ($r=0,633$; $p=0,000$), ‘conduta comportamental’ ($r=0,560$; $p=0,000$) e ‘autoconceito global’ ($r=0,436$; $p=0,008$) das crianças do grupo DT.

Entre as dimensões do autoconceito destas crianças, pode-se notar correlações significativas, positivas e moderadas, entre: ‘conduta comportamental’ e ‘competência cognitiva’ ($r=0,572$; $p=0,000$), ‘conduta comportamental’ e ‘aparência física’ ($r=0,392$; $p=0,018$); ‘conduta comportamental’ e ‘autoconceito global’ ($r=0,398$; $p=0,016$); e entre ‘aparência física’ e ‘competência cognitiva’ ($r=0,420$; $p=0,011$).

Por serem esperadas correlações entre as práticas educativas parentais e os estilos parentais, bem como, correlações entre as diversas práticas parentais, avaliadas por meio do instrumento IEP, estas não foram enfatizadas como resultados do presente estudo.

3.3.2 Análises de Correlação Considerando o Grupo de Crianças com Deficiência Física (DF)

No grupo DF ($n=20$) também foram investigadas correlações entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores e as variáveis autoeficácia e o autoconceito das crianças com deficiência física (APÊNDICE M).

Não foram encontradas correlações significativas entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores e as variáveis autoeficácia e o autoconceito das crianças do grupo DF.

Foram observadas correlações significativas, positivas e moderadas, entre a autoeficácia e a ‘competência cognitiva’ ($r=0,619$; $p=0,004$) e o ‘autoconceito global’ ($r=0,575$; $p=0,008$) das crianças com deficiência física.

Correlações significativas, positivas e moderadas, também foram identificadas entre certas dimensões do autoconceito no grupo de crianças com DF. A saber: quanto maior a ‘competência cognitiva’ ($r=0,570$; $p=0,009$), a ‘competência social’ ($r=0,531$; $p=0,016$), a ‘competência motora’ ($r=0,445$; $p=0,050$), a ‘aparência física’ ($r=0,656$; $p=0,002$) e a ‘conduta comportamental’ ($r=0,556$; $p=0,011$), maior o ‘autoconceito global’; o mesmo acontece na

correlação entre a ‘competência cognitiva’ e a ‘aparência física’ ($r=0,467$; $p=0,038$); como também na correlação entre a ‘competência motora’ e a ‘competência social’ ($r=0,459$; $p=0,042$).

Destaca-se que entre a dimensão ‘autoconceito global’ com todas as demais dimensões do autoconceito do instrumento SPPC foram constatadas correlações significativas.

3.3.3 Análises de Correlação Investigadas no Grupo DF de Crianças com Comprometimento Motor Leve

Na amostra de participantes do grupo DF que apresentavam comprometimento motor leve (níveis I e II do GMFCS) ($n=11$), foram investigadas correlações entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças (APÊNDICE N).

Forte correlação positiva significativa foi revelada entre a autoeficácia e a dimensão do autoconceito ‘competência cognitiva’ ($r=0,737$; $p=0,010$) e moderada correlação positiva significativa entre as dimensões do autoconceito ‘aparência física’ e ‘conduta comportamental’ ($r=0,635$; $p=0,036$). Observou-se também correlação significativa, negativa e moderada, entre a prática ‘comportamento moral’ do cuidador e a ‘competência cognitiva’ ($r=-0,618$; $p=0,043$) da criança com comprometimento motor leve.

3.3.4 Análises de Correlação Investigadas no Grupo DF de Crianças com Comprometimento Motor Moderado ou Grave

Na amostra de participantes do grupo DF que apresentavam comprometimento motor moderado ou grave (níveis III, IV e V do GMFCS) ($n=9$) também foram investigadas correlações entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças (APÊNDICE O).

Pode-se observar que correlação significativa, positiva e moderada, foi revelada entre a autoeficácia e a dimensão do autoconceito ‘competência cognitiva’ ($r=0,698$; $p=0,036$), e fortes correlações positivas entre certas dimensões do autoconceito: ‘competência cognitiva’ e ‘competência social’ ($r=0,719$; $p=0,029$), ‘competência cognitiva’ e ‘aparência física’ ($r=0,820$; $p=0,007$), ‘competência cognitiva’ e ‘autoconceito global’ ($r=0,898$; $p=0,001$), ‘competência

social' e 'autoconceito global' ($r=0,858$; $p=0,003$), 'aparência física' e 'autoconceito global' ($r=0,783$; $p=0,013$).

3.3.5 Resumo Comparativo dos Resultados das Análises de Correlação Investigadas no Estudo

Na Tabela 3-11, a seguir, apresenta-se um resumo dos resultados significativos das correlações investigadas no grupo DT e no grupo DF.

Tabela 3-11 – Resumo comparativo dos resultados significativos de todas as correlações investigadas por grupo de crianças.

Correlações	DT (n=36)	DF (n=20)
<i>AE e Comp. cognitiva</i>		+
<i>AE e Comp. Motora</i>	+	
<i>AE e Comp. Social</i>		
<i>AE e Ap. Física</i>		
<i>AE e Cond. Comportamental</i>		
<i>Autoeficácia e AC global</i>	+	+
<i>Comp. cognitiva e AC global</i>		+
<i>Comp. motora e AC global</i>		+
<i>Comp. social e AC global</i>		+
<i>Ap. física e AC global</i>		+
<i>Cond. comportamental e AC global</i>	+	+
<i>Comp. cognitiva e Ap. Física</i>	+	+
<i>Comp. cognitiva e Cond. comportamental</i>	+	
<i>Comp. cognitiva e Comp. Social</i>		
<i>Comp. motora e Comp. Social</i>		+
<i>Ap. física e Cond. comportamental</i>	+	

AC=autoconceito; AE=autoeficácia; (+) correlação positiva; (-) correlação negativa.

Tabela 3-11 (Continuação) – Resumo comparativo dos resultados significativos de todas as correlações investigadas por grupo de crianças.

Correlações	DT (n=36)	DF (n=20)
<i>Estilo parental e AE</i>	-	
<i>Monitoria negativa e AE</i>	+	
<i>Abuso físico e AE</i>	+	
<i>Comportamento moral e Comp. cognitiva</i>		
<i>Monitoria negativa e Ap. Física</i>	+	
<i>Disciplina relaxada e Comp. cognitiva</i>	-	
<i>Disciplina relaxada e Ap. Física</i>		
<i>Disciplina relaxada e AC global</i>		
<i>Abuso físico e Ap. Física</i>	+	

AC=autoconceito; AE=autoeficácia; (+) correlação positiva; (-) correlação negativa.

Destaca-se, a partir da Tabela 3-11 que, correlações significativas entre as autoavaliações das crianças (autoconceito e autoeficácia) e entre os domínios do autoconceito foram reveladas em ambos os grupos investigados. Sendo que, correlação significativa entre o estilo parental e uma das autoavaliações infantis (neste caso, a autoeficácia) foi observada apenas no grupo de crianças com desenvolvimento típico.

Tanto correlações significativas entre as práticas educativas parentais e dimensões do autoconceito da criança, como correlações significativas entre as práticas educativas parentais e a autoeficácia da criança foram reveladas somente no grupo com desenvolvimento típico.

4 DISCUSSÃO

Ao considerar a família como um fator contextual subjacente ao desenvolvimento da criança, a partir da forma como orienta o comportamento dos filhos no cotidiano, e frente à literatura que aponta a importância das autoavaliações infantis no seu processo de desenvolvimento, somado ainda a inexistência de um consenso sobre o autoconceito e a autoeficácia da criança que apresenta uma condição de deficiência física, o presente estudo buscou comparar os estilos e práticas educativas parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física e de crianças com desenvolvimento típico, além de verificar relações entre estas autoavaliações, os estilos e as práticas educativas parentais de seus cuidadores familiares.

A discussão dos resultados está disposta em quatro partes nesta seção. Na primeira delas se discute os resultados que sustentam ou refutam as hipóteses de pesquisa e respondem aos objetivos deste estudo; na segunda parte se discute outros dados, que não respondem diretamente aos objetivos do estudo, mas que foram constatados a partir de sua realização e são considerados relevantes; na terceira parte se discute sobre as intervenções sugeridas diante da reflexão de alguns resultados; e na quarta, discute-se sobre os avanços e limites do estudo, com apontamentos para futuras questões de pesquisa.

4.1 SOBRE AS HIPÓTESES TESTADAS

A primeira hipótese investigada foi a de que os estilos e práticas educativas parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física diferem dos de crianças com desenvolvimento típico. Já a segunda hipótese investigada foi a de que autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física são mais baixos do que em crianças com desenvolvimento típico, sendo que os resultados obtidos confirmam parcialmente as duas hipóteses.

Fundamentou-se a primeira em pesquisas que demonstram que a condição de saúde da criança tem implicações importantes na determinação das práticas educativas utilizadas pelos cuidadores familiares no controle e orientação do comportamento dos filhos, sendo um importante organizador das respostas parentais com consequências nas suas interações com a criança, como estudos que apontam para discrepâncias entre a parentalidade em famílias de

crianças com doenças crônicas ou com deficiência de diferentes tipos e em famílias de crianças típicas (MINETTO et al., 2012; BOLSONI-SILVA et al., 2010; PICCININI et al., 2003; IEVERS, 1998); além dos estudos que apontam para diferenças nas autoavaliações entre a população de crianças com e sem deficiência física (SOYUPEK et al., 2010; ZIEBELL et al. 2009; RUSSO et al., 2008 SHIELDS; TAYLOR; DODD, 2008; MOBLEY; HARLESS; MILLER, 1996).

Em relação aos estilos e práticas educativas parentais, observou-se que apesar dos estilos parentais (índice IEP) não se mostrarem diferentes entre os grupos de cuidadores familiares, houve diferença significativa em duas práticas educativas parentais negativas, de maneira que a ‘monitoria negativa’ e o ‘abuso físico’ foram práticas mais adotadas por cuidadores de crianças típicas.

Não foram localizados estudos que comparassem especificamente as práticas educativas de pais de crianças com deficiência física com as de pais de crianças típicas. Não obstante, foram localizados estudos que envolveram a população de pais ou cuidadores de crianças com doenças crônicas, que de maneira equivalente às famílias com filhos com deficiência, podem vivenciar condições de um estressor crônico e ter problemas no funcionamento familiar e incertezas na escolha das práticas parentais (PEREIRA-SILVA; OLIVEIRA; ROOKE, 2015).

Várias são as dificuldades enfrentadas por familiares de crianças com deficiência física, como a ‘perda’ do filho idealizado, redução dos contatos sociais em função da nova rotina de cuidados com a criança, desequilíbrio emocional, sendo estes fatores internos e externos que colaboram para aumentar o estresse familiar e que podem levar a problemas nas relações parentais e na dinâmica familiar. Pode haver também dificuldades em cumprir seu papel social de educar os filhos a participarem ativamente da sociedade que enfatiza aspectos como eficiência e eficácia, podendo aumentar o risco de maus-tratos à criança, como abuso físico ou negligência, devido, em parte, ao estresse provocado pelas demandas da criança que se encontra em situação precária de saúde (SÁ; RABINOVICH, 2006; SPROVIERI; ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2001; WHITE et al., 1987). Sentimentos como choque, negação, raiva, tristeza e culpa são comumente experimentados, até o alcance de uma nova adaptação ou reestruturação de toda a família (VASH, 1988).

É importante notar que Piccinini et al. (2003), em estudo com mães de crianças entre 3 e 5 anos de idade com e sem doença crônica orgânica, já haviam observado por meio de entrevista semiestruturada, tendência do grupo de mães com filhos com doença crônica utilizar

menor número de práticas coercitivas, menor frequência do uso de punição física e privação ou castigo, quando comparado ao grupo de mães com filhos sem doença crônica. Tendência esta também observada em pesquisas anteriores, como a de Noll et al. (1998), Bradford (1997) e Sabbeth (1984). No entanto, em nosso estudo, ainda que focalizando população diferente, observou-se que as práticas educativas coercitivas foram mais utilizadas pelos pais de crianças com desenvolvimento típico que pelos pais de crianças com deficiência física, ainda que tais práticas tenham sido verificadas em ambos os grupos.

De acordo com Hoffman (1994), práticas coercitivas se caracterizam pela aplicação direta da força, como punição física, privação de privilégios e afeto ou uso de ameaças. Essas técnicas fazem com que a criança controle seu comportamento em função das reações punitivas dos pais, gerando emoções intensas como medo, raiva e ansiedade, que, por sua vez, tendem a reduzir ainda mais a possibilidade de a criança compreender a situação e a necessidade de modificação de seu comportamento.

Uma justificativa que tem sido colocada na literatura para esta conduta dos pais, é que a condição física da criança faz com que os mesmos evitem o uso da coerção, até mesmo para poupar a criança de mais sofrimentos, e passem a utilizar outras estratégias na educação de seus filhos (NOLL et al., 1998). Outros aspectos como a dor subjetiva de ver o filho com uma doença/deficiência e a superproteção também podem interferir na conduta dos pais de poupar a criança da dor física e psicológica que representa o uso de práticas parentais negativas, como a punição física e a privação/castigo (ESPÍNDULA; VALLE, 2002; BRADFORD, 1997; SABBETH, 1984).

Acreditar que as crianças não são completamente competentes ou responsáveis também pode levar os pais a ficarem menos aborrecidos e a utilizar técnicas indutivas, como explicar para a criança a implicação de seu comportamento, ao mesmo tempo em que pais que pensam que as crianças possuem competências necessárias podem inferir que a criança causou intencionalmente os efeitos negativos de determinado comportamento, sendo mais responsáveis, e podem utilizar mais técnicas coercitivas (REPPOLD et al., 2002; DIX, RUBLE; ZAMBARANO, 1989). Estas dimensões poderiam explicar o menor uso da prática de abuso físico pelos pais das crianças com deficiência física, quando comparados ao pais das crianças com desenvolvimento típico.

As práticas indutivas, descritas por Hoffman (1994), visam modificar o comportamento da criança por meio da descrição de regras ou das consequências físicas e emocionais do

comportamento para outras pessoas. Sendo que os trabalhos que investigam o efeito de técnicas educativas têm indicado que a indução facilita a internalização de normas morais e sociais por parte de crianças e adolescentes (REPPOLD et al., 2002).

Nesta direção, o estudo qualitativo de Lopes (2016) com adolescentes com deficiência física (paralisia cerebral), tem indicado que os pais têm utilizado práticas de estímulos à autonomia de seus filhos e ao enfrentamento positivo frente aos desafios (se aproximando das práticas indutivas) e que tais práticas são reconhecidas pelos próprios adolescentes ao falarem sobre o modo de educação/criação que receberam de seus pais.

Porém, neste estudo não foram observadas diferenças nas práticas educativas entre os grupos além do uso do abuso físico e da monitoria negativa ser maior por cuidadores do grupo DT, ou seja, cuidadores das crianças com deficiência física não utilizam mais práticas indutivas do que cuidadores das crianças típicas, como poderíamos supor a partir das considerações de Reppold et al. (2002) e de Dix, Ruble e Zambarano (1989), apresentadas anteriormente.

No caso da monitoria negativa – caracterizada pelo excesso de fiscalização na vida do filho e de instruções repetitivas pelos pais, independentemente de serem seguidas ou não (GOMIDE, 2003) – é provável que os familiares percebam que este tipo de conduta pode gerar mais estresse no ambiente familiar, distanciar pais e filhos, e interferir no desenvolvimento da autonomia e independência de crianças com DF, que já possuem limitações na sua funcionalidade e participação social.

Por outro lado, os pais do grupo de crianças com desenvolvimento típico que fazem mais uso da prática de monitoria negativa, por exemplo, podem estar sendo regidos mais por regras pré-determinadas do que por contingências, como descreve Gomide (2003). O que, por conseguinte, pode contribuir para o desenvolvimento de problemas diversos na criança (ansiedade, depressão, internalização ou externalização) numa tentativa de escapar das situações em que o controle parental não é consistente (SALVO; LINHARES; TONI, 2005).

Destaca-se que o abuso físico resulta de práticas de punição corporal (uso da força física para corrigir ou controlar determinado comportamento, sem a intenção de machucar) administradas pelos pais e que ferem a criança (GERSHOFF, 2002). Tais práticas podem desencadear, com maior probabilidade, problemas de saúde, déficits cognitivos e socioemocionais, problemas de comportamento e distúrbios psiquiátricos (SILVARES, 2004; HAAPASALO; POKELAA, 1999).

Vale lembrar que os participantes deste estudo, incluindo os do grupo DT, são advindos de famílias vulneráveis socioeconomicamente e o nível socioeconômico é uma variável fortemente associada à parentalidade, uma vez que as condições de vida afetam a visão que se tem acerca da sua realidade social (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2013).

Estudos revelaram que famílias com nível socioeconômico inferior e escolaridade mais baixa tendem a preocupar-se mais com valores de conformidade, como limpeza, bons modos, obediência e acabam fazendo uso de estratégias coercitivas que se baseiam na afirmação do poder (BEM; WAGNER, 2006; MONTANDON, 2005), resultados que se aproximam dos encontrados em ambos os grupos de cuidadores no presente estudo, apesar de que as práticas negativas de abuso físico e monitoria negativa tenham se revelado mais presentes no grupo DT. Podemos ainda supor que, de alguma forma, a deficiência da criança atenuou este tipo de prática parental negativa no grupo DF, talvez até protegendo de problemas de comportamento, de menores escores de autoeficácia e autoconceito que os aqui verificados, dentre outros problemas na saúde e no desenvolvimento da criança, que podem ser desencadeados por práticas parentais negativas, como citados anteriormente.

Apesar de, enquanto grupo, os familiares de crianças com deficiência física estarem sujeitos a fatores como maior sobrecarga, ansiedade e níveis de estresse, como discutido na literatura, cada pessoa lida de maneira distinta devido a forma como percebe os desafios de ter um filho com deficiência (CALDERON; GREENBERG, 1999; CANNING; HARRIS; KELLEHER, 1996). Sabe-se que o modo como cada pessoa irá lidar com uma situação estressora dependerá do seu enfrentamento e dos recursos de *coping*.

Supõe-se que familiares de crianças com deficiência consigam reagir à adversidade e buscam compensar as dificuldades e limitações inerentes a situação de deficiência do filho, com estratégias de apoio, orientação, atenção e motivação, como um esforço para prover não apenas os cuidados básicos e de saúde que suas crianças necessitam.

Nesta direção, Sá e Rabinovich (2006), em estudo que buscou identificar de que forma famílias de baixa renda se reestruturam após o nascimento de uma criança com paralisia cerebral, relatam que a família a qual pertence uma criança com deficiência exerce função importante de contraponto à sua marginalização, como agente de socialização, proteção e participação da criança, respeitando-se a sua individualidade. Estes autores concluíram que apesar da quantidade e da variação de problemas relacionados à questão da deficiência, as

famílias analisadas se adaptaram e se empenharam para otimizar o desenvolvimento da criança com otimismo, persistência e, principalmente, amor.

Diante destas considerações seria possível supor que a partir de seus recursos, os cuidadores do grupo de crianças com DF tivessem conseguido atingir uma adaptação ou reestruturação frente à situação de ter um filho com deficiência e passassem a se sentir seguros na escolha de suas práticas educativas junto às crianças, orientando o comportamento dos filhos com um conjunto de práticas positivas. No entanto, não tivemos resultados apontando diferenças nas práticas parentais positivas entre os grupos de cuidadores de crianças com e sem deficiência física. Sobretudo, indica-se que talvez pudéssemos ter elementos mais consistentes sobre isso caso nosso universo de participantes fosse maior.

Em relação ao autoconceito e a autoeficácia, a partir do presente estudo, observou-se que as crianças com desenvolvimento típico se percebem com mais alto senso de autoeficácia e também autoconceito mais alto na dimensão ‘aparência física’ do que as crianças com deficiência física. Na comparação das demais dimensões do autoconceito não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos de crianças.

Sabe-se que dentre os fatores que mais afetam a autoeficácia estão as experiências, realizações e desempenhos anteriores (BANDURA, 1997; 1986), ao informarem sobre as capacidades da pessoa. Nesta direção, é compreensível que crianças com desenvolvimento típico apresentem um senso de autoeficácia mais positivo do que seus pares de crianças com deficiência física, que com frequência vivenciam situações de difícil participação ou envolvimento, decorrentes de seus comprometimentos motores.

No que diz respeito a percepção mais baixa de autoeficácia no grupo de crianças com deficiência física, tem-se que resultados do estudo longitudinal realizado por Missiuna et al. (2006), com 117 crianças no Canadá, apresentou a mesma tendência, ao observarem que crianças com deficiência física entre seis e nove anos de idade se classificaram como muito menos competentes que as outras crianças da amostra, que apresentavam diferentes problemas no neurodesenvolvimento, por meio do instrumento *Perceived Efficacy and Goal Setting System-PEGS* (MISSIUNA; POLLOCK; LAW, 2004). Ressalta-se que as diferenças encontradas por Missiuna et al. (2006) foram entre os diferentes tipos de deficiências e não em função de ter ou não uma condição de deficiência.

Dessa maneira, julga-se que futuras investigações complementares, com foco na autoeficácia de crianças com deficiência física e de crianças com desenvolvimento típico, poderiam confirmar ou refutar os achados do presente estudo e melhor compreender o constructo nesta população.

Acerca do autoconceito na população de crianças com deficiência física, a literatura internacional tem reportado percepção mais baixa deste constructo em crianças com paralisia cerebral (SOYUPEK et al., 2010; ZIEBELL et al. 2009; RUSSO et al., 2008) e em crianças com espinha bífida (SHIELDS; TAYLOR; DODD, 2008), em diferentes domínios/dimensões do autoconceito.

No presente estudo, identificou-se diferenças no autoconceito entre os grupos apenas na dimensão ‘aparência física’, no qual as crianças do grupo DF apresentam autoconceito mais baixo que as crianças do grupo DT. Tal resultado reforça os achados de Shields, Taylor e Dodd (2008), que investigaram o constructo na população com espinha bífida, e de Shields et al. (2006), que concluíram sobre a presença de autoconceito de ‘aparência física’ mais baixo na população de jovens do sexo feminino com paralisia cerebral.

Ainda que se saiba que os comprometimentos motores e outros comprometimentos associados à condição de deficiência física da criança podem colocá-la em desvantagem social, com possível impacto sobre o seu autoconceito e conseqüentemente na sua autoestima, como cita Russo et al. (2008), no presente estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de crianças com e sem deficiência para as demais dimensões do autoconceito, incluindo o autoconceito global.

Os resultados do presente estudo somam à uma das conclusões de Shields et al. (2006) em estudo de revisão sistemática realizado com o objetivo de verificar se o autoconceito de jovens com paralisia cerebral (PC) é diferente do de jovens sem deficiência. Estes autores discorrem que crianças com PC podem apresentar autoconceito mais baixo em alguns domínios quando comparadas a crianças sem deficiência, mas não há evidências suficientes para concluir que crianças com PC têm, em geral, autoconceito mais baixo do que crianças sem deficiência. Cabe dizer que foram incluídos na revisão de Shields et al. (2006), seis artigos que tratavam de meninos e meninas com PC, entre 4 e 18 anos de idade, com uma variedade de tipos de PC e a maioria apresentava gravidade motora leve ou moderada.

Em nosso estudo, que envolveu crianças de faixa etária mais focalizada (de 8 a 12 anos de idade), apenas na dimensão ‘aparência física’ a média do autoconceito foi menor no grupo de crianças com deficiência física e este resultado nos parece coerente em função das características da amostra de crianças com deficiência física que participaram do estudo, incluindo o nível motor. Apesar dos diagnósticos das crianças serem distintos e diferentes níveis de gravidade motora estarem presentes, a maioria delas apresentam nível de comprometimento motor leve, segundo o *Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire-GMFCS*. Desta maneira, sugere-se que a gravidade dos comprometimentos na criança pode ser uma variável mediadora do impacto da condição de ter uma deficiência física no autoconceito infantil e que, o fato do comprometimento motor ser leve na maioria das crianças da amostra, poderia ter tido menor impacto no autoconceito – revelado em nosso estudo apenas no desejo de ter uma aparência física semelhante a seus pares sem deficiência, aos quais se identificam – do que se a maioria fosse de crianças com comprometimento motor grave.

Nesse sentido, Russo et al. (2008) ao realizarem investigação com o propósito de comparar a autoestima, o autoconceito e a qualidade de vida em crianças com paralisia cerebral hemiplégicas e seus pares com desenvolvimento típico, comentam que crianças com paralisia cerebral hemiplégicas, que têm comprometimentos leves ou moderados, apresentam expectativas de ter o mesmo desempenho que seus pares em todas as áreas de funcionalidade, o que, por outro lado, as deixariam também mais vulneráveis às consequências adversas de se perceber com um baixo autoconceito.

Independente da gravidade do comprometimento motor, a condição de saúde das crianças foi apontada como boa, pela maioria dos cuidadores que participaram do presente estudo, e se entende que este tipo de julgamento dos pais/familiares reflete positivamente na percepção de cada criança sobre si mesma. Assim, o fato desta pesquisa não ter encontrado diferenças significativas nas dimensões do autoconceito, com exceção da ‘aparência física’, entre os grupos de crianças com e sem deficiência física, nos parece bastante positivo, enfraquecendo a visão social/estigma que existe, principalmente entre os adultos, familiares e profissionais, de que a condição de deficiência física faz com que estas crianças não se sintam bem consigo mesmas (SHIELDS et al., 2006).

Ao apresentarem, em geral, autoconceito positivo e semelhante ao de crianças típicas, este achado também pode reforçar que crianças com deficiência física percebem a sua

competência como adequada para atender as demandas e expectativas para o seu estágio de desenvolvimento, sendo resistentes aos desafios que possam ser colocados para o seu autoconceito em função da condição de deficiência, com relevância expressa apenas em algum dos domínios do autoconceito, como descreve Schuengel et al. (2006) após terem observado não haver diferenças significativas entre o autoconceito de crianças com PC entre 8 e 12 anos de idade e o de crianças típicas holandesas. Sendo que no estudo de Shuengel et al. (2006) a exceção foi para o domínio de competência atlética e não para o domínio de aparência física, como na presente pesquisa; diferença esta que talvez possa ser explicada por aspectos culturais, como o que é valorizado pela criança em cada cultura.

Provavelmente, este resultado também possa estar relacionado às oportunidades de experiências que são ofertadas a estas crianças no ambiente escolar. Ao frequentarem escolas regulares, é possível que as crianças participantes deste estudo vivenciem interações sociais diversas com seus pares. Espera-se que atividades de ensino, de lazer, esportivas, culturais e sociais sejam ofertadas neste tipo de escola, valorizando a equiparação das oportunidades e sustentação das diferenças individuais, para que todos aprendam a conviver na diversidade.

A convivência com a diversidade permite a todos testemunharem sobre seus próprios potenciais e limites, além de possibilitar ver “no outro” estes mesmos atributos. Assim, é possível que o julgamento sobre o autoconceito se amplie quando dimensões relativas à esta vivência são oportunizadas. Considera-se que a possibilidade de compreender, por meio da vivência, que todos têm seus limites, ainda que em esferas diferentes, contribui para que as autoavaliações contem com este tipo de reconhecimento para si próprio. Tal perspectiva é reforçada pelos resultados do presente estudo onde apenas na dimensão aparência física verificou-se diferenças entre os grupos, sugerindo que as crianças do grupo DF reconhecem que têm limites, que não necessariamente, se estendem para outras dimensões e que aceitam a sua condição e aparência física.

Ainda que seja possível concordar com Shields, Taylor e Dodd (2008), ao discutirem os resultados do estudo de metanálise que revelou que crianças com espinha bífida apresentam autoconceito mais baixo na dimensão aparência física do que crianças com desenvolvimento típico e apontarem que estas crianças que frequentam escolas regulares dão mais importância à aparência física, usam processos de comparação sociais para avaliar sua própria aparência física e sentem-se menos atraentes quando comparados aos seus pares com desenvolvimento típico. Discorda-se, no entanto, dos argumentos de Shields, Taylor e Dodd (2008) quando consideram

que estas crianças estão em uma posição difícil, pois se identificam com os seus pares com desenvolvimento típico, mas podem se sentir menos aceitas do que aquelas a quem se comparam nesta dimensão do autoconceito. Entende-se aqui que a oportunidade de vivenciar e compartilhar a rotina escolar com crianças típicas pode ampliar na criança com deficiência sua compreensão das diferenças existentes entre as pessoas e o seu julgamento sobre si próprio.

Os resultados do presente estudo sobre o autoconceito podem ser compreendidos como positivos, na medida em que as crianças não negaram ou minimizaram a realidade em que se encontram. Além disso, compreende-se que o fato de conviverem com crianças com desenvolvimento típico é positivo, dentre outros fatores, pois as coloca inseridas com seus pares na diversidade que reflete a realidade da sociedade em que estão inseridas e permitem que lidem mais concretamente com as diferenças.

Nesta direção, Soyupek et al. (2010) sugerem o impacto negativo que a escola do tipo especial pode ter no autoconceito da criança com paralisia cerebral, uma vez que encontraram correlações entre os escores do autoconceito e o tipo de escola da criança. Menores escores do autoconceito foram encontrados para crianças que frequentavam escola especial quando comparadas às que estudavam em escola regular. Os autores discutem a oferta de oportunidades para a interação com colegas e outras interações nas escolas e ressaltam a necessidade de mais pesquisas para investigar porque as autoavaliações das crianças são afetadas pelo tipo de escola que frequentam.

Acrescenta-se que no estudo realizado por Soyupek et al. (2010), com 40 crianças com PC, de todos os níveis de gravidade motora, com idade entre 9 e 18 anos e 46 pares sem deficiência, de mesma idade e sexo, para investigar variáveis preditivas que podem afetar o autoconceito das crianças, os pesquisadores não encontraram correlação entre os escores de autoconceito e a idade e o sexo das crianças, o tipo de PC e o nível GMFCS de gravidade motora. Isto poderia sugerir que estas variáveis não tivessem potencial de interferência nos resultados do presente estudo, se não fosse as diferenças no instrumento de mensuração e em características da amostra, como a extensão da faixa etária, que separam os dois estudos.

Ainda em relação a variáveis que poderiam influenciar no autoconceito, Shields et al. (2006) em revisão sistemática da literatura, indicam apenas que as adolescentes do sexo feminino com PC têm autoconceito mais baixo do que as adolescentes sem deficiência, em domínios como o de aparência física, que avalia o grau de satisfação da pessoa com o seu aspecto físico (tipo de corpo) e sua aparência, sugerindo o sexo/gênero como um fator com

potencial impacto no autoconceito de jovens. Não houve diferença nas demais dimensões do autoconceito investigadas por meio do *Self Perception Profile for Children-SPPC* (competência cognitiva, competência motora, competência social, conduta comportamental e autoconceito global) entre jovens com e sem paralisia cerebral nos estudos investigados por Shields et al. (2006).

Em contrapartida aos estudos que indicam mais baixo autoconceito em crianças com deficiência física, menciona-se a pesquisa desenvolvida por Shields et al. (2007), na qual usaram o mesmo instrumento de coleta dos dados que o presente estudo (SPPC), com amostra composta por 94 crianças, sendo: 47 com PC do tipo diplegia ou hemiplegia espástica e níveis I, II ou III do GMFCS, distribuídos em 24 meninos e 23 meninas com idade entre 8 e 16 anos, e 47 sem deficiência, de mesma idade e sexo que seus pares, contudo, não encontraram diferenças na dimensão aparência física das crianças dos dois grupos, mas encontraram em outras dimensões do autoconceito. Os escores de autoconceito foram significativamente menores para as crianças com PC nos domínios de competência acadêmica, aceitação social e competência atlética quando comparados aos das crianças com desenvolvimento típico.

Sugere-se que as diferenças entre os resultados dos dois estudos aconteçam em função das especificidades de cada amostra, que embora apresentem algumas características semelhantes, se diferem consideravelmente em outras. Como destaque, crianças com nível de comprometimento motor grave (níveis IV e V do GMFCS) não participaram da investigação conduzida por Shields et al. (2007), assim como, a faixa etária era maior, em comparação ao presente estudo, incluindo não apenas crianças, mas adolescentes também. Aspectos estes (gravidade motora e idade) que poderiam influenciar na determinação do autoconceito.

É importante dizer que o presente estudo não se limitou a investigar a comparação do autoconceito, da autoeficácia e do estilo e práticas educativas parentais entre crianças com deficiência física, crianças com desenvolvimento típico e seus cuidadores familiares principais, ele avança na medida em que buscou identificar correlações entre as autoavaliações infantis e o estilo e práticas parentais, apontando assim variáveis presentes neste processo, partindo de dois contextos distintos – a criança com deficiência física e sua família e a criança típica e sua família.

A terceira hipótese de pesquisa foi que há correlações positivas entre os estilos e práticas educativas parentais positivas de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia tanto em crianças com deficiência física quanto em crianças com desenvolvimento típico,

fundamentada com base em estudos que apontam para relações entre os estilos e práticas parentais com o autoconceito infantil na população de crianças e adolescentes típicos (GOMIDE, 2009, 2004; ROCHA; INGBERMAN; BREUS, 2011).

Em geral, foi possível observar que os resultados obtidos sustentam parcialmente tal hipótese, ao revelarem correlações entre o estilo parental e a autoeficácia da criança com DT, entre certas práticas educativas parentais e a autoeficácia da criança com DT, e entre certas práticas educativas parentais e dimensões do autoconceito infantil, tanto no grupo de crianças com DT, como no subgrupo de crianças com DF leve. No entanto, no grupo DF não foram encontradas correlações entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores e as variáveis autoeficácia e o autoconceito das crianças.

Em comparação com o autoconceito, sabe-se que o senso de autoeficácia é mais dependente do contexto específico em que a pessoa faz o autojulgamento (BONG; SKAALVIK, 2003) e, talvez por esta razão, só tenham sido reveladas correlações significativas especificamente do estilo parental com a autoeficácia e não com o autoconceito.

Parte das correlações encontradas são resultados que causam estranheza e que merecem atenção em novas investigações. No grupo DT, de maneira não esperada foi encontrada moderada correlação negativa entre o estilo parental e a autoeficácia da criança e correlação positiva entre as práticas de monitoria negativa e abuso físico do cuidador e a autoeficácia da criança, assim como entre monitoria negativa do cuidador e o autoconceito de aparência física da criança, e entre abuso físico do cuidador e o autoconceito de aparência física da criança. No grupo DF, ao considerar apenas a amostra de crianças com comprometimento motor leve, foi identificada moderada correlação negativa entre comportamento moral do cuidador e autoconceito de competência cognitiva da criança.

Contrário a tais resultados, esperava-se que um estilo parental e práticas parentais positivas favorecessem a percepção da criança sobre si mesma, em relação ao autoconceito e a autoeficácia. Tal expectativa apoiou-se na literatura onde estudos revelam existir influência das relações de tolerância, de compreensão, de ajuda e de incentivo para vencer as dificuldades por parte dos pais com um bom autoconceito dos filhos (VAZ SERRA; FIRMINO; MATOS, 1987) e se confirmou parcialmente no achado do nosso estudo que revela moderada correlação negativa entre disciplina relaxada do cuidador e o autoconceito de competência cognitiva da criança com desenvolvimento típico.

Destaca-se que a questão da influência do estilo parental positivo na autoavaliação da criança típica é apontada na literatura, ainda que apenas para o autoconceito (ROCHA; INGBERMAN; BREUS, 2011; GOMIDE, 2009, 2004; VAZ SERRA; FIRMINO; MATOS, 1987) e, não se pretende negá-la com estes resultados, mas sim apresentar elementos para reflexão sobre estas relações.

Outra suposição é que as correlações positivas encontradas entre as práticas de monitoria negativa e abuso físico com a autoeficácia e com o autoconceito de aparência física no grupo de crianças com desenvolvimento típico podem ser efeito de limitações do instrumento Inventário de Estilos Parentais-IEP (GOMIDE, 2006) utilizado na coleta dos dados, uma vez que o IEP abrange poucos itens sobre práticas positivas; há predomínio de práticas educativas negativas (cinco) em detrimento das práticas educativas positivas (duas). Aponta-se assim, a necessidade de futuras investigações que façam uso do IEP e também de outros instrumentos de medida das práticas e estilos parentais, recomendados pela literatura, para melhor esclarecer essas questões.

Em relação à correlação negativa entre comportamento moral do cuidador e autoconceito de competência cognitiva das crianças que apresentam comprometimento motor leve, a pequena quantidade de participantes neste subgrupo não permite tecer considerações sobre este resultado. Supõe-se que, da mesma forma, o número limitado de participantes no grupo DF não tenha permitido revelar correlações entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores e as variáveis autoeficácia e o autoconceito das crianças com deficiência física.

Por outro lado, deve-se ressaltar que todas as relações apontadas no presente estudo são uma evidência correlacional. Os achados de correlação não indicam que existe relação de causalidade entre as variáveis investigadas, mas apontam para a tendência de ocorrerem ao mesmo tempo.

Ainda buscando elementos para compreensão dos resultados obtidos neste estudo, levanta-se a possibilidade de algumas práticas educativas parentais diminuírem as oportunidades de desenvolver resiliência em suas crianças, o que poderia justificar alguns dos resultados encontrados na presente investigação. A resiliência, entendida como a qualidade de resistência e de perseverança do ser humano em face das dificuldades da vida (TAVARES, 2001; RACK; PATTERSON, 1996), é desenvolvida nas adversidades, pela forma que cada pessoa percebe sua capacidade para lidar com situações de risco, e talvez práticas parentais com características protecionistas, de monitoramento da vida e do comportamento dos filhos, por

exemplo, limitem as crianças de vivenciarem situações conflituosas, impedindo-as de utilizarem as dificuldades em seus processos de desenvolvimento pessoal e social (PINHEIRO, 2003).

Sem desconsiderar o que literatura aponta sobre a associação de práticas parentais positivas à bons níveis de resiliência (CAVACO, 2010; GARCIA; BRINO; WILLIANS, 2009, CECONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003), pondera-se esta suposição como provável, principalmente se considerarmos que características culturais/regionais influentes sobre a nossa amostra de cuidadores participantes pode levar a adoção de práticas com características permissivas, frequentemente confundidas com características protecionistas junto aos filhos, na crença de que estas seriam benéficas às suas crianças. Contudo, indica-se a necessidade de novas investigações exploratórias acerca destes aspectos para confirmar ou refutar os achados e poder tecer considerações com mais segurança.

Sendo que a relação positiva entre resiliência e autoavaliações, como autoestima e autoeficácia tem sido apontada pela literatura (RUSSO et al., 2008; SHIELDS et al., 2007; BARREIRA; NAKAMURA, 2006) e, neste entendimento, um estilo parental aparentemente positivo poderia ter algumas implicações negativas tanto na resiliência da criança, como nas suas autoavaliações.

Nesta direção, pode-se citar que, nas crianças com deficiência física, a prática esportiva tem tido um impacto positivo sobre o autoconceito de crianças com paralisia cerebral, principalmente sobre a competência atlética e aparência física (RUSSO et al. (2008), por serem práticas desafiadoras. Inclusive programas físicos têm sido apontados como estratégia de intervenção para esse grupo de crianças, devendo ser recomendado por médicos e outros profissionais da saúde (RUSSO et al., 2008; FARIA, 2005). A chave da eficiência desta prática na maneira que a criança se percebe está atrelada principalmente a característica de desafio da mesma, fazendo com que estas crianças se esforcem frente às dificuldades (como a de praticar uma atividade em conjunto com seus pares sem deficiência) e se valorizem enquanto pessoas e acerca de suas potencialidades e competências.

Na população com deficiência física, Russo et al. (2008) ainda destacam que recursos de proteção usados por um grupo estigmatizado, como por familiares de crianças com paralisia cerebral hemiparética, podem fazer com que os filhos se sintam protegidos por atribuírem uma reação negativa ao preconceito, desvalorizando seletivamente domínios do autoconceito que são inerentemente mais difíceis para a criança e valorizando as dimensões em que o seu grupo

pode sobressair. Outra característica de proteção pode incluir estes pais admitirem conscientemente a deficiência, tentando promover uma autoimagem positiva em seus filhos, por meio de suas próprias atitudes e comportamentos (RUSSO et al., 2008). Sobre este apontamento, vale reflexões a respeito das repercussões positivas e negativas que possam estar associadas a este tipo de comportamento dos cuidadores sobre as suas crianças.

Em ambos os grupos foram identificadas correlações entre dimensões do autoconceito. No grupo DT, moderadas correlações positivas foram reveladas entre as dimensões do autoconceito: conduta comportamental e competência cognitiva, aparência física e autoconceito global; aparência física e competência cognitiva. No grupo DF, observou-se moderadas correlações positivas entre: competência cognitiva, competência social, competência motora, aparência física, conduta comportamental e o autoconceito global; entre competência cognitiva e aparência física; e entre competência motora e competência social.

Correlações entre dimensões do autoconceito também foram reveladas nos subgrupos de crianças com DF e apesar da amostra desses subgrupos ser pequena, a força das correlações observadas entre dimensões do autoconceito nas crianças com comprometimento motor moderado ou grave foi forte (correlação positiva entre autoconceito de competência cognitiva com autoconceito de competência social, com autoconceito de aparência física e com autoconceito global, entre autoconceito de competência social e autoconceito global) e nas crianças com comprometimento motor leve foi moderada (correlação positiva entre autoconceito de aparência física com autoconceito de conduta comportamental).

Ainda em relação as correlações entre dimensões do autoconceito, destaca-se que não só a aparência física, mas todas as demais dimensões do autoconceito no grupo de crianças com deficiência física estiveram correlacionadas positivamente com a dimensão de autoconceito global, e este resultado pode refletir a boa qualidade do instrumento usado para mensurar o autoconceito, o *Self-Perception Profile for Children-SPPC*, criado por Harter (1985) e validado para o Brasil por Valentini et al. (2010), em termos de suas propriedades psicométricas, como validade e confiabilidade.

Em relação a quarta e última hipótese do nosso estudo, de que existe relação entre o autoconceito e a autoeficácia tanto em crianças com deficiência física quanto em crianças com desenvolvimento típico, os resultados indicam correlação da autoeficácia com certas dimensões do autoconceito, tanto no grupo de crianças com DF, quanto no grupo de crianças com DT.

No grupo DT as correlações positivas foram entre a autoeficácia e o autoconceito nas dimensões competência motora, conduta comportamental e autoconceito global. Enquanto no grupo DF a autoeficácia das crianças esteve correlacionada positivamente com o autoconceito de competência cognitiva e com o autoconceito global.

Forte correlação positiva significativa também foi revelada entre a autoeficácia e o autoconceito de competência cognitiva das crianças com comprometimento motor leve. Enquanto esta mesma correlação foi moderada nas crianças com comprometimento motor moderado ou grave.

Como constructos afins, apesar das diferenças conceituais que separam a autoeficácia e o autoconceito, é esperado que estas autoavaliações tenham influência mútua, uma sobre a outra, como apontam alguns estudiosos (FARIA, 2005; PAJARES; VALIANTE, 1997) e como se revelou neste estudo pelas correlações da autoeficácia com o autoconceito global em ambos os grupos de crianças. Além disso, chama atenção a correlação positiva da autoeficácia com a dimensão de competência cognitiva do autoconceito no grupo de crianças com deficiência física e subgrupos com comprometimento motor leve, moderado ou grave. Provavelmente, a correlação específica com a competência cognitiva se deve por ser esta uma área, em geral, pouco comprometida na população que apresenta este tipo de deficiência, permitindo que a criança mais facilmente se perceba de maneira positiva nesta dimensão do autoconceito, quando na ocasião da avaliação também pode se perceber com bom senso de autoeficácia.

De maneira geral, o autoconceito e a autoeficácia parecem ser conceitos mediadores bastante significativos para o desenvolvimento, sendo que ao se estabelecer julgamentos sobre si mesma, há reverberações em todo o seu comportamento (BEE, 2003). Entre outras atitudes, ela escolherá experiências e ambientes que sejam consistentes com suas crenças sobre si mesma, e isto provavelmente repercutirá na sua aprendizagem e funcionalidade. De acordo com Bee (2003), essas crenças se formam cedo e, embora possam se modificar com a mudança das circunstâncias, elas funcionam como predições e ajudam a moldar a trajetória da pessoa pela infância, adolescência e idade adulta.

4.2 SOBRE OUTROS DADOS: ESTILO E PRÁTICAS PARENTAIS, NÍVEL DE COMPROMETIMENTO MOTOR E O BRINCAR DAS CRIANÇAS,

SALAS DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DO ALUNADO PELAS ESCOLAS E SECRETARIAS

É importante apontar que na análise dos dados, particularmente no grupo DF, também foi investigada comparação da autoeficácia, do autoconceito, do estilo e práticas educativas parentais considerando o nível de comprometimento motor das crianças com deficiência física, mas não foram identificadas diferenças significativas entre o grupo de crianças com comprometimento leve (níveis GMFCS I e II) e o grupo de crianças com comprometimento moderado ou grave (níveis III, IV ou V do GMFCS).

Supõe-se que não tenham sido observadas diferenças nestes aspectos em relação ao nível de comprometimento motor das crianças, em função do pequeno número de participantes no grupo DF (n=20) e nas suas subdivisões (leve, n=11; grave ou moderado, n=9).

Para além dos achados resultantes das análises inferenciais no presente estudo, algumas considerações merecem destaque em relação a análise descritiva dos dados que evidenciou padrões de distribuição e frequência das variáveis investigadas.

A primeira delas é sobre o resultado descritivo dos estilos parentais dos cuidadores familiares. Independente do achado relativo ao menor uso de práticas educativas parentais negativas no grupo de crianças com DF, resultado descritivo apontou para a adoção de estilo parental de risco pelos cuidadores de ambos os grupos para o desenvolvimento de comportamentos antissociais em seus filhos. Assim, importa destacar que o uso menos frequente das práticas educativas parentais de abuso físico e monitoria negativa em determinado grupo, não implica, necessariamente, em aumento da utilização de práticas educativas parentais positivas.

Sabe-se que práticas educativas parentais são definidas como estratégias utilizadas pelos pais para orientar o comportamento dos filhos no intuito de fazer com que estes adquiram certos comportamentos e reduzam ou eliminem outros comportamentos socialmente inadequados (MUSSEN et al., 1990). Neste sentido, os resultados do estudo de Salvo, Linhares e Toni (2005) reforçam estes argumentos ao identificaram em amostra composta por 30 estudantes, entre 11 e 13 anos de idade, da rede pública de ensino da cidade de Curitiba/Brasil, e um de seus pais, que as práticas de monitoria positiva e comportamento moral são variáveis preditoras de comportamentos pró-sociais, e a sua falta, aliadas às práticas negativas, são preditoras de distúrbios do comportamento. O referido estudo avança na comprovação empírica das relações

entre as práticas adotadas pelos pais e o posterior desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e antissociais nas crianças, como a literatura tem apontado há certo tempo (GOMIDE, 2004; REPPOLD et al., 2002; PETTIT et al., 2001).

Ao considerar a importância das práticas educativas parentais sobre o desenvolvimento infanto-juvenil, atenção também deve ser dada aos fatores que podem influenciar as práticas adotadas pelos cuidadores. Ainda que o presente estudo não tenha se dedicado a investigar este aspecto, sugere-se que futuras pesquisas contemplem o estudo de possíveis relações entre as práticas educativas dos cuidadores de crianças com deficiência física e com desenvolvimento típico e fatores que têm sido apontados pela literatura como determinantes dessas práticas.

Características dos pais e das crianças são fatores que influenciam na escolha e no uso de determinada prática educativa. Condições de vida (desemprego, pobreza, divórcio), variáveis familiares (número de irmãos, extensão da família, tipo de configuração), rede de apoio social, características de temperamento e personalidade, abuso de substâncias químicas, presença de doenças psiquiátricas e/ou físicas e a experiência com os próprios genitores paternos influenciam na maneira como os pais utilizam as estratégias educativas para orientar seus filhos (SAKURAMOTO; SQUASSONI; MATSUKURA, 2014; PACHECO; HUTZ, 2009; KOBARG; VIEIRA, 2008; REPPOLD et al. 2002). Assim como a idade, a ordem do nascimento, o sexo, o temperamento e a empatia da criança são algumas das características mais citadas pela literatura como influentes na escolha das práticas educativas pelos progenitores (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008; BEM; WAGNER, 2006; REPPOLD et al., 2002).

Outro resultado descritivo que merece destaque diz respeito as atividades de rotina das crianças participantes segundo relato dos cuidadores, sendo que o brincar foi pouco citado como parte da rotina das crianças de ambos os grupos, principalmente do grupo DT. Questiona-se o porquê dos cuidadores não citarem o brincar como rotina de grande parte das crianças do estudo e porque um maior número de pais de crianças do grupo DF considerou o brincar em comparação aos pais de crianças do grupo DT.

Uma possibilidade pode estar associada ao fato de que talvez o comprometimento motor das crianças com DF limitem as oportunidades de explorarem ambientes e se envolverem em outros tipos de atividades no seu dia a dia, que requerem habilidades mais específicas, fazendo com que seus cuidadores valorizem o brincar que elas realizam; ou seja a atividade que os cuidadores compreendam como possível para as estas crianças; ou ainda, que a consideração

dos cuidadores de crianças com DF seja reflexo das intervenções que as crianças realizam e que enfatizam o brincar; em contraposição a compreensão dos cuidadores de crianças típicas.

Outra consideração relevante está no fato de que a ausência de informações acerca do envolvimento das crianças do grupo DT com o brincar, não implica que as mesmas não o façam, ou seja, que não brinquem, mas que o resultado possa estar relacionado aos julgamentos dos cuidadores sobre o que eles consideram importante para as crianças e/ou sobre o que entendem como atividades de rotina, uma vez que os cuidadores citaram terapias como parte da rotina de um menor número de crianças com DF do que as que de fato realizam algum tratamento de reabilitação, informação esta ofertada pelos próprios cuidadores.

Acerca da importância de determinadas atividades na vida das crianças e para o desenvolvimento infantil, sabe-se que o ato de brincar se configura como principal ocupação na infância e permeia todo o cotidiano da criança (ZAGUINI et al., 2011). Nas crianças com deficiência física, não diferentemente, este comportamento lúdico e o interesse para brincar também estão presentes (OLIVEIRA; EMMEL, 2014; ZAGUINI et al., 2011; FERLAND, 2006).

Oliveira e Emmel (2014) em pesquisa com seis mães de crianças com paralisia cerebral, entre seis e nove anos, níveis I e IV do GMFCS, em uma unidade saúde-escola do interior Paulista, as quais responderam uma entrevista semiestruturada, baseada no *The Volitional Questionary-VQ* (HERAS et al., 2007), concluíram que a dificuldade resultante da condição de PC em se movimentar e explorar ambientes/objetos não impede que essas crianças tenham volição para o desempenho de atividades lúdicas. As autoras também discutem o fato de que as cuidadoras dessas crianças não valorizam o brincar como atividade essencial para a promoção do desenvolvimento global do filho, ao perceberem no discurso das mães a crença de que elas não precisam estimular a volição das crianças em brincar, mas apenas para outras atividades, como as escolares e de autocuidado.

Neste sentido, os resultados do nosso estudo podem somar aos aspectos apontados por Oliveira e Emmel (2014), entendendo que a desconsideração do brincar como atividade essencial no desenvolvimento infantil se estende aos cuidadores de crianças típicas também, reforçando a importância do esclarecimento por parte dos profissionais aos cuidadores, em geral, sobre as áreas de ocupações infantis, incluindo o brincar, e sobre o papel de cada uma delas para as crianças.

Mais um dado que merece destaque está relacionado as escolas participantes do presente estudo. Um ponto refere-se a não participação de parte das crianças com DF da amostra em Salas de Recursos Multifuncionais (SRM), sendo os motivos apontados pelas escolas: julgar que o aluno não precisa deste tipo de auxílio, não ofertar o serviço ou estar com a SRM em implantação. Assim, entende-se que há crianças que precisam, mas ainda não têm acesso ao acompanhamento em SRM, de forma complementar ou suplementar à escolarização, mesmo este sendo um programa previsto pelo Ministério da Educação do Brasil (MEC – Portaria Normativa-13, 2007), por meio da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI) e caracterizado como prioritário na Política de Educação Especial contemporânea (BAPTISTA, 2011).

Além disso, o município de Natal é um dos que aderiram ao Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais no período de 2008 a 2013 e três das cinco escolas que na ocasião do estudo não ofertavam o serviço, constam nos indicadores do Portal do MEC que foram contempladas com SRM e kits de atualização com implantação iniciada no período compreendido entre 2005 e 2011.

Isto reforça que o acesso à escola regular não garante que alunos com necessidades educacionais, como os estudantes com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento, com altas habilidades ou superdotação tenham o devido suporte para o desenvolvimento do seu processo de ensino-aprendizagem, sendo necessária a atenção e reflexão urgente e continuada sobre a maneira como as escolas têm atuado com estas crianças. Somado a isso, deve-se atentar, também, para a falta de adaptação da escola, que precisa saber como lidar com as peculiaridades do aluno com necessidade educacional especial para possibilitar a motivação/interesse, participação e envolvimento da criança nas atividades propostas dentro da sala regular, levando em consideração os princípios da educação inclusiva (OLIVEIRA; EMMEL, 2014).

Nesta perspectiva da educação inclusiva, entende-se que é preciso além da oferta do atendimento educacional especializado (AEE), avançar no sentido de: formação e capacitação dos professores que mediarão o aprendizado desses alunos com o auxílio de equipamentos e materiais pedagógicos diferenciados de acordo com as especificidades da condição de cada aluno; participação da família e da comunidade, inclusive para cobrar os direitos de seus filhos; articulação intersetorial das políticas públicas, com acompanhamento das escolas contempladas pelas Secretarias de Educação tanto na implantação/manutenção dos recursos, como na oferta

e organização do AEE, conforme as diretrizes contidas no Manual de Orientação do Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais (MEC/SEESP, 2010).

Estudos futuros, tendo como pano de fundo as Salas de Recursos Multifuncionais (SRM) devem contribuir para a compreensão acerca das práticas ali desenvolvidas, a proximidade ou distanciamento em relação as premissas presentes nas políticas públicas e, fundamentalmente importante, devem oferecer elementos para o avanço destes equipamentos e a realidade da inclusão escolar.

Outro ponto refere-se a falhas na organização dos dados do alunado por parte das escolas participantes, no que diz respeito à falta ou desatualização de informações no cadastro dos alunos, o que notadamente dificultou a etapa de identificação dos participantes e a coleta dos dados do presente estudo, além das divergências constatadas entre as informações disponibilizadas pelas escolas e pelas secretarias em que se teve acesso. Situações como esta reforçam a problemática da gestão dos serviços públicos brasileiros e ao descaso com a população no que concerne o direito à educação, de fato.

Ao não validar as matrículas e registrar informações acerca dos estudantes caracterizados como público alvo da educação especial junto aos órgãos/sistemas de referência (como por exemplo, ao Censo Escolar do MEC) por parte das escolas ou das secretarias, com a correta classificação das necessidades especiais de cada aluno, os que necessitam poderão não ter o direito de participação garantido em serviços de auxílio, como a SRM, a participação em pesquisas que buscam um diagnóstico situacional ou em outras intervenções colaboradoras.

4.3 SOBRE PERSPECTIVAS DE AÇÕES E INTERVENÇÕES

Diante dos resultados expostos no presente estudo foi possível refletir e propor alguns caminhos de intervenção, direcionados às crianças, seus familiares e aos profissionais da educação e saúde que acompanham esta população em suas práticas e investigações.

Considerando especificamente a autoeficácia e o resultado que aponta para diferenças neste constructo entre os grupos de crianças, sabe-se que apesar das experiências, realizações e desempenhos anteriores serem fatores que mais afetam a autoeficácia de uma pessoa (BANDURA, 1997; 1986), demais aspectos, como a experiência do outro, a persuasão social e a crença pessoal também influenciam na origem e desenvolvimento da autoeficácia

(BANDURA, 1986). Desta maneira, ao pensar em estratégias que poderiam influenciar positivamente na formação de um senso de autoeficácia mais positivo por parte da criança com deficiência, especial atenção deve ser dada ao fator da persuasão social, ou seja, as informações recebidas pelas pessoas que estão ao seu redor sobre seu desempenho e capacidades (SOUZA; BRITO, 2008; BANDURA, 1986).

Nesta direção, Galvão, Lage e Rodrigues (2008) recomendam às pessoas que fazem parte da rotina da criança nos mais variados contextos proporcionarem *feedback* positivo às estas crianças e as incentivarem a se envolverem em novas situações, atividades ou tarefas específicas, o que pode ter impacto, por sua vez, nas suas crenças pessoais. Medidas como esta podem ajudar a desenvolver na criança a confiança sobre si mesma e nas competências que possui, para além das limitações impostas pela deficiência física.

É importante também que os familiares e os profissionais que acompanham o desenvolvimento da criança tenham conhecimento de que este tipo de julgamento sobre si mesmo é um fator que permite à criança se perceber com a competência necessária para obter o seu próprio bem-estar, como um fator moderador da capacidade funcional da criança na sua participação social e qualidade de vida (BAUM; CHRISTIANSEN, 2005; BAYDALA; HIEBERT; MALEC, 2000; BANDURA, 1982).

Considerando o autoconceito, os resultados de correlações entre dimensões do autoconceito em ambos os grupos de crianças podem ser úteis para se pensar em ações na educação e na saúde, no sentido de propor intervenções que estimulem certas dimensões do autoconceito das crianças para buscar, por conseguinte, um autoconceito realista positivo, tanto no que se refere ao autoconceito global como em suas dimensões.

De acordo com os resultados, um possível caminho seria estimular o autoconceito de competência cognitiva dessas crianças com o propósito de concomitantemente verificar o efeito deste alcance em outras esferas como, por exemplo, no autoconceito de aparência física das mesmas. Destaca-se que a correlação positiva entre as dimensões do autoconceito aparência física e competência cognitiva estiveram presentes tanto para o grupo de crianças com deficiência física (no geral e no subgrupo com comprometimento motor moderado ou grave), como para o grupo de crianças com desenvolvimento típico, reforçando a tendência desta relação. Diferentemente, no subgrupo com comprometimento motor leve, a aparência física esteve relacionada com o autoconceito de conduta comportamental.

Uma vez que a competência cognitiva/acadêmica diz respeito à percepção de competências cognitivas no domínio da realização escolar (VALENTINI et al., 2010), orientações nessa direção devem ser recomendadas principalmente aos professores e pais/cuidadores dessas crianças, para a proposição de medidas com objetivo de promoção do autoconceito infantil nos distintos ambientes em que a criança vivencia na sua rotina, como casa e escola. Até mesmo para o esclarecimento de que estes ambientes e a vivência da criança em cada um deles tem papel importante nas percepções positivas e do bem-estar das crianças.

A importância do autoconceito se dá em todas as áreas de funcionamento da pessoa (VAZ SERRA, 1988), com referências do seu papel crucial no desenvolvimento cognitivo, acadêmico e social, além disso, sob o ponto de vista clínico, o autoconceito é sensível ao bom ou mau ajustamento geral da pessoa, aos distúrbios de personalidade e transtornos psicóticos (CRANO; CRANO, 1984). Todavia, o domínio de aparência física é o que mais contribui para a definição do autoconceito global da criança e do adolescente, fundamental por sua vez para o seu valor de autoestima global, comenta Faria (2005).

O domínio aparência física tem papel importante, desde a infância, no ajustamento psicossocial do indivíduo, sendo que as crianças recebem desde muito cedo *feedback* direto e indireto sobre sua atração e condição física, seu peso e altura, e da forma como se vestem ou se apresentam. Deste modo, as reações dos outros significativos, de seus pares e das comparações que a criança faz entre os seus atributos e a sua competência física e os de seus pares contribuem para a formação do seu autoconceito físico (FARIA, 2005; BRACKEN, 1996).

Como forma de favorecer a promoção do autoconceito infantil seja em contextos clínicos ou educacionais, é preciso pensar em medidas a serem conduzidas pelos profissionais junto às crianças, no sentido de ‘dar voz’ à criança – incluindo aquelas com alguma condição de deficiência ou necessidade educacional especial –, acreditar que cada criança é capaz de julgar sobre si mesma e que é a pessoa mais segura para ofertar estas informações, considerar suas limitações, mas sobretudo, valorizar suas capacidades e potencialidades.

Nesta direção, Dunn et al. (2009) ao investigarem sobre diferenças entre o autoconceito de crianças com PC entre 8 e 19 anos e a percepção de seus pais em relação as habilidades das crianças, verificaram que não houve nenhuma associação entre os escores do autoconceito nos domínios do *Self-Perception Profile for Children-SPPC* e as avaliações das crianças e de seus pais, indicando que os pais não foram capazes de avaliar com precisão o autoconceito dos filhos, o que reforça a importância do nosso estudo em dar voz à estas crianças.

Ao refletirmos sobre a promoção do autoconceito infantil deve-se considerar, como destaca Faria (2005) em seu artigo teórico sobre o desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e adolescentes, que o desenvolvimento e a diferenciação do autoconceito passa pelo desenvolvimento de processos de aquisição de autonomia por parte do sujeito. Em seu entendimento, a “pedagogia da adulação ou lisonja”, que compreende a apresentação de tarefas fáceis, de encorajamentos e felicitações abundantes, reforços positivos e silêncio diante dos erros, deve ser substituída pela “pedagogia da conquista da autonomia” (REUCHLIN, 1991). Esta última encara o autoconceito, ou qualquer outro atributo psicológico, como um processo que se desenrola em torno de desafios e em que tanto é possível beneficiar-se com o erro como com o êxito, ambos promotores da capacidade dos sujeitos em se transformarem e serem agentes ativos nos múltiplos contextos que vivenciam.

A partir deste entendimento, torna-se possível delinear estratégias facilitadoras da promoção do autoconceito, que devem ser discutidas, investigadas e utilizadas em intervenções com este propósito. De maneira geral, segundo Faria (2005; 2003), quanto maior for o envolvimento dos sujeitos nos processos de aprendizagem que ocorrem em qualquer contexto, maior será a probabilidade de retirarem reforço positivo da sua realização, a sua capacidade de autoanálise, de análise do processo de aprendizagem e o seu sentimento de competência pessoal e de autonomia.

Esta autora também cita algumas medidas para promoção do autoconceito em crianças e adolescentes úteis nesse processo, com destaque para: o uso de instruções diretas e supervisão com objetivo de identificar as estratégias/comportamentos inadequados, corrigi-los e reforçar com estratégias/comportamentos adequados; treino de competências nos vários domínios de desempenho que fomentará as percepções de autoeficácia nos contextos de vida; treino de auto-observação para reconhecimento dos pontos fortes e fracos do desempenho; estabelecer objetivos, subdividindo-os em pequenas tarefas específicas que permitam aumentar a supervisão do processo, o controle pessoal e a probabilidade de atingir o sucesso a cada etapa; mudar crenças irracionais e expectativas irrealistas para alcance de padrões razoáveis de autoaceitação; valorizar o processo em vez de apenas o resultado, aumentando a satisfação consigo mesmo, com seu desempenho, valorizando seu esforço e persistência (FARIA, 2005, 2003).

Para tanto, é importante também que instrumentos de mensuração do autoconceito, destinados à população infanto-juvenil, sejam conhecidos por profissionais da saúde e educação

que apresentam em sua clientela ou em seu alunado crianças com deficiência física, as quais podem apresentar percepção mais baixa deste constructo, como medida para dar suporte e confiabilidade aos processos avaliativos e para auxiliar na efetividade dos planos de intervenção que são direcionados a cada criança.

Sobre os estilos e práticas educativas parentais, o dado referente a adoção de um estilo parental de risco pelos cuidadores de ambos os grupos para o desenvolvimento de comportamentos antissociais em seus filhos chama atenção e sugere a necessidade de intervenções junto aos pais, com especial atenção às famílias em condições de vulnerabilidade social, envolvendo projetos e práticas profissionais de caráter preventivo, possíveis de serem aplicados em diferentes contextos, como escolas, clínicas, comunidades, no sentido de dar o apoio e orientação que as famílias precisam para um melhor entendimento do relacionamento entre pais e filhos, das práticas utilizadas por esses pais na educação de seus filhos e das repercussões deste tipo de interação.

Aponta-se também para a necessidade de propor ações junto às famílias, incluindo as que possuem uma criança em situação de deficiência, que considerem o papel dos diversos fatores influentes sobre as práticas educativas adotadas pelos cuidadores e que possam sensibilizá-los sobre as práticas de educação, cuidado e atenção cotidianas voltadas à seus filhos, para que estes possam ter a clareza de que determinadas práticas educativas podem funcionar como fatores de proteção ou de risco para o desenvolvimento de sua criança e possam sentir-se seguros em adotar certo tipo de estilo parental.

4.4 SOBRE O ESTUDO: AVANÇOS, LIMITES E QUESTÕES FUTURAS

Por fim, ressalta-se que é importante considerar neste estudo as possíveis limitações relativas ao tamanho amostral utilizado e instrumentos de coleta dos dados, em especial o Inventário de Estilos Parentais (IEP) e o *Self-Perception Profile for Children* (SPPC). De maneira que os resultados devem ser compreendidos à luz dessas circunstâncias.

A amostra apresentou como características ser intencional, não probabilística, com objetivo e por conveniência. De todo modo, esperava-se alcançar de 30 a 40 crianças e seus respectivos cuidadores principais em cada grupo, num total de 120 a 160 participantes, para que se pudesse realizar as análises estatísticas inferenciais com no mínimo 15 a 20 participantes em cada subgrupo (divisões das crianças por idade - de 8 a 10 e 10 a 12 anos; e por sexo - masculino

e feminino), mas em função do tempo que se teve e do detalhamento que foi necessário em relação aos critérios de inclusão/exclusão e do percurso amostral percorrido pela pesquisadora durante as etapas de identificação dos participantes e da coleta de dados propriamente dita, foram incluídos na investigação 36 crianças no grupo DT e 20 crianças no grupo DF, juntamente com seus respectivos cuidadores principais, totalizando 112 participantes.

É importante registrar os esforços e o limite da pesquisadora do presente estudo em alcançar uma amostra maior de participantes e com características semelhantes em relação à aspectos sociodemográficos, de educação e de saúde, tanto das crianças, como dos cuidadores familiares. Neste aspecto, considera-se que mesmo com o limite amostral trabalhado, o pareamento dos grupos (com e sem deficiência física) a partir dos três critérios (primeiramente o gênero, seguido da faixa etária e, se possível, escolaridade) estabelecidos na ocasião da proposição do estudo, foi bastante adequado. Somente existiu diferença significativa entre os grupos na variável escolaridade dos cuidadores, quando analisadas as características sociodemográficas, de educação e de saúde de todos os participantes.

Sobre o IEP, apesar dos dados dos estudos de validação no Brasil indicarem consistência interna em todas as práticas educativas abordadas pelo instrumento, estudos posteriores, como o de Dascanio (2012), analisou as propriedades psicométricas do IEP verificando baixa consistência interna (valores de alpha inferiores a 0,65) tanto para a versão para as mães, como a dos filhos, optando em sua investigação por realizar uma nova análise fatorial exploratória com o intuito de tornar o instrumento mais consistente para a amostra do referido estudo. A análise fatorial exploratória resultou em reorganização da estrutura do IEP em três escalas (indutiva, negligente e coercitiva) e não mais sete, como prevê o instrumento original.

Não obstante, diante das possibilidades de instrumentos de medidas com o propósito no qual utilizamos o IEP, com base nos estudos de validação durante oito anos de investigações pela autora e pesquisadores colaboradores (SAMPAIO; GOMIDE, 2007; GOMIDE, 2006) e na literatura que aponta valores superiores a 0,40 como suficientes para que o item faça parte do fator na análise de consistência interna das medidas (MALHOTRA, 2001), a escolha deste instrumento na ocasião da formulação das medidas a serem utilizadas no presente estudo nos parece coerente.

Considera-se que outra possível limitação do estudo foi ter feito uso do IEP apenas na versão para os pais, sendo que poderíamos avançar na compreensão dos achados se tivéssemos dados também da avaliação/julgamento dos filhos sobre as práticas educativas utilizadas por

seus pais, por meio da versão para os filhos disponível nesse instrumento. Contudo, adicionar este formato de aplicação do IEP aumentaria o tempo a ser dedicado por cada criança participante em uma coleta de dados que já foi consideravelmente extensa. Provavelmente, seria necessário propor novas estratégias para manter o envolvimento das crianças e, conseqüentemente, a confiabilidade de suas respostas na aplicação de todos os instrumentos de medida.

Ao ponderar sobre as escalas existentes com o propósito de mensurar o autoconceito, considerou-se a necessidade de adaptações no formato de administração do instrumento *Self-Perception Profile for Children* para facilitar a compreensão das questões e o envolvimento das crianças com idade entre 8 e 12 anos de ambos os grupos, principalmente as crianças com deficiência física. A adaptação incluiu o uso de uma versão pictográfica do SPPC, em *power point*, com auxílio de *notebook* ou *tablet* e pode ser apontada como uma limitação do estudo, uma vez que restringe a comparação dos resultados da presente pesquisa com os de outras investigações que utilizaram a versão original do instrumento.

Contudo, ressalta-se que tais alterações reduziram o tempo destinado à aplicação do instrumento e proporcionaram maior engajamento das crianças na avaliação, com êxito. Assim, sugere-se que a adaptação feita no SPPC para esse estudo também possa ser útil em pesquisas posteriores, propondo-se o desenvolvimento de estudos de validação da versão adaptada.

Apesar das limitações, compreende-se que os resultados obtidos a partir deste estudo acrescentam ao conhecimento da área ao evidenciarem um melhor entendimento das autoavaliações infantis e da influência dos estilos e práticas educativas parentais sobre a criança com deficiência física e com desenvolvimento típico, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de novas investigações, assim como, para a reflexão e o planejamento de intervenções, direcionadas simultaneamente às famílias e suas crianças, e também aos profissionais da educação e saúde, incluindo neste processo o envolvimento ativo de crianças com uma condição de deficiência física, por meio da possibilidade de autoavaliação das mesmas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou comparar os estilos e práticas educativas parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física e de crianças com desenvolvimento típico, e verificar relações entre estas autoavaliações, os estilos e as práticas educativas parentais de seus cuidadores familiares, e ao concluir o presente trabalho, aponta-se que por meio do desenho metodológico traçado, com todas as nuances e cuidados possíveis de serem tomados, buscou-se uma representação da realidade que se desejava apreender. De forma que os achados dessa investigação são sinalizadores desta realidade – crianças com deficiência física, crianças com desenvolvimento típico e seus cuidadores familiares principais – que podem ser aprofundados e/ou confirmados em pesquisas futuras, incluindo amostra maior.

De maneira equivalente às crianças com desenvolvimento típico, crianças na faixa etária entre 8 e 12 anos, com deficiência física, independentemente do nível de comprometimento motor, apresentam, em geral, autoconceito positivo nos domínios de competência cognitiva, competência social, competência motora, conduta comportamental e autoconceito global. Diferenças foram encontradas no domínio de aparência física do autoconceito e no senso de autoeficácia, sendo estes mais baixos no grupo de crianças com deficiência física.

Tais resultados merecem atenção por saber que estes constructos têm importante papel nos processos de motivação, de aprendizagem e comportamentais, que por sua vez, agem como mediadores do desenvolvimento humano. Nesse sentido, medidas e estratégias de intervenção foram apontadas com o objetivo de, na prática, melhorar o senso de autoeficácia e incentivar um autoconceito realista positivo na dimensão de aparência física em crianças com deficiência física.

Suposições foram levantadas para compreensão dos achados, que por um lado são positivos e desmitificam o estigma social de que pessoas com alguma deficiência não podem se sentir bem consigo mesmas. Contudo, é preciso considerar as características da amostra deste estudo para concluir sobre os resultados. Discute-se que a maioria das crianças com deficiência física participantes são de gravidade leve, e por este motivo, podem se identificar mais com seus pares sem deficiência e ter mais expectativas em apresentar a mesma competência no desempenho de tarefas que seus pares.

Sobre o estilo parental, tem-se um menor uso de práticas educativas negativas, como monitoria negativa e abuso físico, por cuidadores das crianças com deficiência física. Apesar das dificuldades impostas pela condição de ter um filho com deficiência, supõe-se que este pai se adapta às demandas da situação e levam em conta as peculiaridades de sua criança e as consequências negativas de certos tipos de práticas impostas por eles, que somados à condição de deficiência, repercutiriam muito negativamente. Hipotetiza-se que os pais talvez busquem compensar as dificuldades com estratégias de apoio, orientação, atenção e motivação, para além dos cuidados básicos que estas crianças necessitam.

Mesmo ao entender isto como uma tendência, aponta-se a importância de apoio e orientação profissional para que o cuidador busque recursos, se empodere e consiga lidar com as mais diversas situações estressoras que estão susceptíveis em sua rotina e possam fazer uso consciente de práticas positivas, tanto para cuidadores de crianças com deficiência física, como para cuidadores de crianças típicas, na medida em que cuidadores de ambos os grupos tenderam a adotar um estilo parental de risco, o qual pode levar ao desenvolvimento de comportamentos antissociais em seus filhos.

O estudo não se limitou as comparações e revelou correlações entre o estilo parental e a autoeficácia da criança típica, entre certas práticas educativas parentais e a autoeficácia da criança típica, e entre certas práticas educativas parentais e dimensões do autoconceito infantil, tanto no grupo de crianças com deficiência física de comprometimento motor leve, como no grupo de crianças com desenvolvimento típico. Parte destes resultados foram inesperados e discutidos numa tentativa de entendê-los, a partir da relação entre práticas parentais e resiliência nas crianças ou da limitação do instrumento de medida do estilo parental, contudo, merecem atenção em futuras investigações.

Não obstante, a questão da influência do estilo parental positivo nas autoavaliações, pelo menos no autoconceito da criança típica, além de notoriamente coerente, já é indicada pela literatura e não se pretende negá-la, mas apresentar elementos para reflexão das relações correlacionais evidenciadas.

Outras correlações significativas foram observadas entre dimensões do autoconceito e entre a autoeficácia com certas dimensões do autoconceito em ambos os grupos de crianças. Como constructos afins, há uma influência mútua e esperada entre as crenças de autoeficácia e o autoconceito.

A partir dos resultados aqui revelados, entende-se que estratégias de educação e saúde explanadas na discussão deste trabalho poderão auxiliar os ambientes educacionais/terapêuticos e familiares na potencialização do desempenho da criança e o direcionamento da atenção aos cuidadores envolvidos neste processo.

Sugestões são apresentadas para se pensar em medidas que objetivem dar voz à criança com ou sem deficiência, incluindo a consideração de seus julgamentos sobre si mesmas nas condutas profissionais, auxiliando nos processos avaliativos e na efetividade dos planos de intervenção direcionados à cada criança.

Considera-se que a presente investigação avança na medida em que revela dados sobre as autoavaliações infantis, especificamente sobre o autoconceito e a autoeficácia, em uma amostra de crianças brasileiras, numa tentativa de evidenciar como são estes constructos em crianças com deficiência física e em crianças com desenvolvimento típico. Além de revelar sobre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores dessas crianças e da influência da parentalidade nas autoavaliações infantis de ambos os grupos.

Desta forma, considera-se que a pesquisa atingiu os objetivos propostos e sugere-se a continuidade de estudos nessa linha de investigação, que invistam na busca por identificar fatores que possam explicar empiricamente as diferenças encontradas nas autoavaliações e nas práticas educativas parentais entre o grupo de crianças com deficiência física e o grupo de crianças típicas, juntamente com seus cuidadores familiares principais, que possam justificar as correlações possíveis de serem reveladas e demonstrar demais variáveis presentes neste processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEGRETTI, A. L. C.; MANCINI, M. C.; SCHWARTZMAN, J. S. Estudo do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral diparética espástica utilizando o pediatric evaluation of disability inventory (PEDI). **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**, v. 1, n. 1, p. 35-40, 2004.

ALVES, C. P. **Elaboração e aplicação preliminar do instrumento para avaliação da funcionalidade e incapacidade na infância – IAFII**. 138 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

AOTA, American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process (3ed.). **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, p. 1-48, 2014.

ARAN, A. et al. Parenting style impacts on quality of life in children with cerebral palsy. **The Journal of Pediatrics**, v. 151, p. 56-61, 2007.

ARAÚJO, M. C. C. **O autoconceito nos contextos familiar, social e escolar**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2012.

ARAÚJO, F. A. Percepção dos estilos educativos parentais e ajustamento psicológico do adulto – comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas. **Paidéia**, v. 12, n. 24, p. 215-228, 2002.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 176 p. 2008.

BANDURA, A. et al. Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. **Child Development**, v. 67, p. 1206-1222, 1996.

BANDURA, A. The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 13, p. 195-199, 1982.

_____. Regulation of cognitive processes through perceived self efficacy. **Developmental Psychology**, v. 25, p. 729-735, 1989.

_____. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W. H. Freeman, 1997.

_____. **Social foundation of thought and action: a cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

BAPTISTA, C. R. Ação pedagógica e educação especial: a sala de recursos como prioridade na oferta de serviços especializados. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 17, p. 59-76, Mai./Ago., Edição Especial, 2011.

BARREIRA, D. D.; NAKAMURA, A. P. Resiliência e a autoeficácia percebida: articulação entre conceitos. **Aletheia**, v. 23, p. 75-80, 2006.

BARROS, K. M. et al. Do environmental influences alter motor abilities acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 2A, p. 170-175, 2003.

BAUM, C. M.; CHRISTIANSEN, C. **Person-environment-occupation-performance: an occupation-based framework for practice**, Cap. 11. In: CHRISTIANSEN, C.; BAUM, C. M. (Eds.), *Occupational therapy: performance, participation and well-being*. Thorofare, NJ: Professional Book Division, 2005.

BAYDALA, A.; HIEBERT, B.; MALEC, C. Lifestyle interventions: reasons for therapeutic outcome. **Canadian Journal of Counselling**, v. 34, p. 75-84, 2000.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. São Paulo: Artmed, 2003.

BEM, L.; WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.

BOLSONI-SILVA, A. T. **Estudos de confiabilidade e de validade do roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P)**, 109f. (Tese de Pós-Doutorado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

_____. et al. Práticas educativas parentais de crianças com deficiência auditiva e de linguagem. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 16, n. 2, p. 265-282, Mai./Ago. 2010.

BONG, M.; SKAALVIK, E. M. Academic self-concept and self-efficacy: how different are they really? **Educational Psychology Review**, v. 15, n. 1, p. 1-40, 2003.

BRACKEN, B. A. **Clinical applications of a context dependent, multidimensional model of self-concept**. In: BRACKEN, B. A. (Ed.), *Handbook of self-concept. Developmental, social and clinical considerations*. New York: John Wiley & Sons, 1996, p. 463-503.

BRADFORD, R. **Children, families and chronic disease**. Londres: Routledge, 1997.

BRASIL, 1999, **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm> Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASILEIRO, I. C. et al. Atividades e participação de crianças com paralisia cerebral conforme a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 503-511, 2009.

_____. MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Interveniência dos fatores ambientais na vida de crianças com paralisia cerebral. **Acta Fisiátrica**, v. 16, n. 3, p. 132-137, 2009.

BROWN, M.; GORDON, W. A. Impact of impairment on activity patterns of children. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 68, p. 828-832, 1997.

CANDIEUX, A. Psychometric properties of a pictorial self-concept scale among young learning disabled pupils. **Psychology in the schools**, v. 33, n. 3, p. 221-229, 1996.

CALDERON, R.; GREENBERG, M. T. Stress and Coping in Hearing Mothers of Children with Hearing Loss: Factors Affecting Mother and Child Adjustment. **American Annals of the Deaf**, v. 144, n. 1, p. 7-18, 1999.

CALKINS, S. D. et al. Maternal interactive style across contexts: relations to emotional, behavioral and physiological regulation during toddlerhood. **Social Development**, v. 7, p. 350-369, 1998.

CANNING, R. D.; HARRIS, E. S.; KELLEHER, K. J. Factors predicting distress among caregivers to children with chronic medical conditions. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 21, n. 5, p. 735-749, 1996.

CRANO, S. L., CRANO, W. D. Development of Portuguese and Spanish Language Measures of Self-Concept. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 18, p. 1-19, 1984.

CARVALHO, M. C. N.; GOMIDE, P. I. C. Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei. **Estudos em psicologia**, v. 22, n.3, p. 263-276, 2005.

CASE-SMITH, J. **Pediatric Occupational Therapy and Early Intervention** (2ed). USA: Butterworth-Heinemann, 1998.

CAVACO, N. A. P. A. **Atitudes educativas parentais e resiliência na adolescente**. Psicologia: o portal dos psicólogos, 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt>>. Acesso em:30 out. 2015.

CECCONELLO, A.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em Estudo**, v. 8 (especial), p. 45-54, 2003.

CID, M. F. B. **Saúde mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção**, 143f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

CORREDEIRA, R.; SILVA, A.; FONSECA, A.M. Competência física percebida de crianças com paralisia cerebral: que relações com as percepções dos seus pais e sua função motora? **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 8, n. 1, p. 9-21, 2008.

CORREDEIRA, R. et al. Como avaliar a percepção de competência e aceitação social de crianças com paralisia cerebral? Estudo inicial para a determinação das propriedades psicométricas da versão portuguesa da dutch pictorial scale of perceived competence and social acceptance in children with cerebral palsy. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 13, n. 3, p. 325-344, 2007.

COSTA, F. T.; TEIXEIRA, M. A. T.; GOMES, W. B. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 3, p. 465-473, 2000.

DASCANIO, D. **Crianças e adolescentes com plumbemia: habilidades sociais, funcionamento intelectual e problemas de comportamento**. 270f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.

DEFNET. **Banco de dados para e sobre pessoas com deficiência**. 2009. Disponível em: <<http://www.defnet.org.br>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

DEKOVIC, M.; JANSSENS, J. M. A.; GERRIS, J. R. M. Factor structure and construct validity of the block child rearing practices report (CRPR). **Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 3, n. 2, p. 182-187, 1991.

DISHION, T. J., MCMAHON, R. J. Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 1, n. 1, p. 61-75, 1998.

DIX, T.; RUBLE, D.; ZAMBARANO, R. Mothers' implicit theories of discipline: child effects, parent effects and the attribution process. **Child Developmental**, v. 60, p. 1373-1391, 1989.

DUNN, J. C.; DUNN, J. G. H. Psychosocial determinants of physical education behavior in children with movement difficulties. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 23, p. 293-309, 2006.

DUNN, N. et al. A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy and perceptions of parents and teachers. **Physical and Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 27, n. 3, p. 55-71, 2007.

_____. et al. Comparing the self-concept of children with cerebral palsy to the perceptions of their parents. **Disability and Rehabilitation**, v. 31, n. 5, p. 387-393, 2009.

DYCHES, T. T. et al. Positive parenting of children with developmental disabilities: a meta-analysis. **Research in Developmental Disabilities**, v. 33, p. 2213-2220, 2012.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M. Experiência materna diante da iminência de morte do filho com recidiva de câncer. **Pediatria Moderna**, v. 38, n. 5, p. 188-194, 2002.

FARIA, L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. **Análise Psicológica**, v. 4, n. XXIII, p. 361-371, 2005.

FARIA, L. Algumas reflexões sobre a competência e a incompetência: desafios para a intervenção psicopedagógica. **Sobredotação**, v. 4, n. 2, p. 25-36, 2003.

_____. FONTAINE, A. Adaptação do self-perception profile for children (SPPC) de Harter a crianças e pré-adolescentes. **Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 129-142, 1995.

FERLAND, F. **O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional** (3ed). São Paulo: Roca, 2006.

FERNANDES, A. M.; MILANI, R. G. A depressão infantil, o rendimento escolar e a autoeficácia: uma revisão da literatura. **Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, v. 15, n. 2, p. 381-403, jul./dez. 2010.

FIERRO, A. Personalidade e aprendizagem no contexto escolar. In: COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. (orgs). **Desenvolvimento psicológico e educação II**: psicologia da educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FORMIGA, K. C.; PEDRAZZANI, S. B. Prevenção de deficiências no alvo da educação especial. **Revista Brasileira de Pediatria**, v. 10, n. 1, p. 118-119, 2004.

GALVÃO, B. A. P.; LAGE, N. V.; RODRIGUES, A. A. C. Transtorno do desenvolvimento da coordenação e senso de auto-eficácia: implicações para a prática da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 12-19, 2008.

GARCIA, S. C.; BRINO, R. F.; WILLIAMS, L. C. A. Risco e resiliência em escolares: um estudo comparativo com múltiplos instrumentos. **Psicologia e Educação**, v. 28, n. 2, p. 23-50, 2009.

GERSHOFF, E. T. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. **Psychological Bulletin**, v. 128, n. 4, p. 539-579, 2002.

GOMIDE, P. I. C. et al. Correlação entre práticas educativas, estresse, depressão e habilidades sociais. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento antissocial. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (orgs) **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea Editora, 2003.

_____. **Pais presentes, pais ausentes**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

_____. **Inventário de estilos parentais (IEP)**: modelo teórico – manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

_____. A influência da profissão no estilo parental materno percebido pelos filhos. **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 25-34, 2009.

GUZZO, R. S. L. et al. **Desenvolvimento infantil**: família, proteção e risco. Campinas: Alínea Editora, 2007.

HAAPASALO, J.; POKELAA, E. Child-rearing and abuse antecedents of criminality. **Journal of Aggression and Violent Behavior**, v. 4, n. 1, p. 107-127, 1999.

HAMMAL, D.; JARVIS, S. N.; COLVER, A. F. Participation of children with cerebral palsy is influenced by where they live. **Developmental Medicine Child Neurology**, v. 46, n. 5, p. 292-298, 2004.

HARTER, S. **Manual self-perception profile for children**. University of Denver, 1985.

HARTER, Historical roots of contemporary issues involving self-concept. In: BRACKEN, B. **Handbook of self-concept: developmental, social and clinical considerations**. New York: Wiley, 1996.

HERAS, C. G. et al. **The volitional questionnaire (VQ)**. Version 4.1. Chicago: Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago, 2007.

HOFFMAN, M. L. Discipline and internalization. **Developmental Psychology**, v. 30, p. 26-28, 1994.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=24&dados=21>>. Acesso em: 26 mai. 2015.

_____. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=240810&idtema=130&search=rio-grande-do-norte|natal|estimativa-da-populacao-2014->>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

_____. **Diretoria de pesquisas, coordenação de trabalho e rendimento, pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua 2014**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita_2014/Renda_domiciliar_per_capita_2014.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2015.

IEVERS, C. E. Maternal child-rearing behavior in cystic fibrosis. **Dissertation Abstracts International**, v. 58, n. 10-B, 1998.

KOBARG, A. P.; VIEIRA, M. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 21, n. 3, p. 401-408, 2008.

LAMMI, B. M.; LAW, M. The effects of family-centred functional therapy on the occupational performance of children with cerebral palsy. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 70, n. 5, p. 285-296, 2003.

LENT, R. W.; MADDUX, J. E. Self-efficacy: Building a sociocognitive bridge between social and counseling psychology. **The Counseling Psychologist**, v. 25, p. 240-255, 1997.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 25, p. 251-263, 2008.

LOPES, P. B. **Parentalidade e suporte social de mães de adolescentes com paralisia cerebral e a participação social e suporte social de seus filhos**. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional), Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2016.

MACARINI, S. M. et al. Práticas parentais: uma revisão de literatura brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, p. 119-134. 2010.

MACCOBY, E.; MARTIN, J. **Socialization in the context of the family: parent-child interaction**. In: HETHERINGTON, E. M.; MUSSEN, P. H. (Orgs.), *Handbook of child*

psychology, v. 4. Socialization, personality, and social development (4ed). New York: Wiley, 1983, p. 1-101.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MANCINI, M. C. et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 2-B, jun. 2002.

_____. et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 8, n. 3, p. 253-260, 2004a.

_____. et al. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 1, 2004b.

MARTIN, M. A. F. **Grupo de suporte familiar e treino de práticas parentais e habilidades sociais para pais de crianças e adolescentes com síndrome de Williams**, 135p. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do desenvolvimento), Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. 2011.

MEDEIROS, P. C. et al. A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 327-336, 2000.

MEC, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SEESP, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. **A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais: deficiência física**. Brasília, 2006. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/deffisica.pdf>> Acesso em: 20 outubro de 2015.

MEC, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria normativa nº 13, de 24 de abril de 2007**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/multifuncional.pdf>> Acesso em: 21 out. 2015.

MEC, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SEESP, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. **Manual de orientação: programa de implantação de sala de recursos multifuncionais**, 2010.

MINETTO, M. F. et al. Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 43, p. 117-132, jan./mar. 2012.

MISSIUNA, C. et al. Examination of the perceived efficacy and goal setting system (PEGS) with children with disabilities, their parents, and teachers. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 60, p. 204-214, 2006.

MISSIUNA, C.; POLLOCK, N.; LAW, M. **Perceived efficacy and goal setting system (PEGS)**. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 2004.

MOBLEY, C. E.; HARLESS, L. S.; MILLER, K. L. Self-perceptions of preschool children with spina bifida. **Journal of Pediatric Nursing**, v.11, p. 217-224, 1996.

MONTANDON, C. As práticas educativas parentais e a experiência das crianças. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 485-507, Mai./Ago. 2005.

MORRIS, C.; GALUPPI, B. E.; ROSEMBAUM, P. L. Reliability of family report for the gross motor function classification system. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 46, n. 7, p. 455-460, 2004.

MUSSEN, P. H. et al. **Child development and personality**. Nova York: Harper & Row, 1990.

NELSON, C. A. Paralisia cerebral. In: UMPHRED, D. A. **Reabilitação neurológica**. 4Ed. Barueri: Manole, 2004. p.272-299.

NEVES, S. P.; FARIA, L. Auto-conceito e auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, Porto, v. 6, p. 206-218, 2009.

NOLL, R. B. et al. Childrearing practices of primary caregivers of children with sickle cell disease: the perspective of professionals and caregivers. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 23, n. 2, p. 131-140, 1998.

OLIVEIRA, A. K. C. **Repertório funcional de crianças com paralisia cerebral: a perspectiva de cuidadores e profissionais**. 137 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

_____. ALVES, A. C. J. Atividades de autocuidado em crianças com paralisia cerebral e a percepção dos cuidadores. **Temas sobre Desenvolvimento**, v. 18, n. 103, p. 149-153, 2011.

_____. EMMEL, M. L. G. A percepção das mães sobre a volição de crianças com paralisia cerebral para o engajamento em ocupações do cotidiano infantil. **Revista Educação Especial**, v. 27, n. 48, p. 185-200, jan./abr. 2014

OLIVEIRA, M. C.; CORDANI, L.K. Correlação entre habilidades funcionais referidas pelo cuidador e nível de assistência fornecida a criança com paralisia cerebral. **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 24-29, 2004.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Título original: World report on disability. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2011.

_____. **Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation**.

Genebra, 1981. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2009.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; OPAS, ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

PACHECO, J. T. B.; HUTZ, C. S. Variáveis familiares preditoras do comportamento antissocial em adolescentes autores de atos infracionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 213-219, 2009.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. Cengage Learning. 2004.

PAJARES, F. Self-efficacy beliefs in academic settings. **Review of Educational Research**, v. 66, n. 4, p. 543-578, 1996.

_____. VALIANTE, G. The predictive and mediational role of the writing self-efficacy beliefs of upper elementary students. **Journal of Educational Research**, v. 90, p. 353-360, 1997.

PALISANO, R. et al. Developmental and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, London, v. 39, n. 4, p. 214-223, 1997.

PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. Práticas educativas e intervenção com pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 21, n. 1, jan./jun., p. 29-40, 2013.

PEREIRA-SILVA, N. L.; OLIVEIRA, L. D.; ROOKE, M. I. Famílias com adolescentes com síndrome de Down: apoio social e recursos familiares. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 33, n. 2, p. 269-283, 2015.

PETERSEN, M. C.; KUBE, D. A.; PALMER, F. B. Classification of developmental delays. **Seminars in Pediatric Neurology**, v. 5, p. 2-14, 1998.

PETTIT, G.S. et al. Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. **Child Development**, v. 72, p.583-598, 2001.

PICCININI, C. A. et al. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas Maternas. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 75-83, 2003.

PINHEIRO, D. P. N. **Estilo parental: uma análise qualitativa**. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Infância e da Adolescência) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e da Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

PINQUART, M. Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 38, n. 7, p. 708-721, 2013.

POTTER, J. L. et al. parenting style is related to executive dysfunction after brain injury in children. **Rehabilitation Psychology**, v. 56, n. 4, p.351-358, 2011.

RACK, C. F.; PATTERSON, L. E. Promoting resilience in at-risk children. **Journal of Counseling and Development**, v. 74, n. 4, p. 368-373, 1996.

REPPOLD, C. T. et al. **Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes**: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. S. (Org.). Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.7-52.

REUHLIN, M. **Les différences individuelles à l'école**. Paris: PUF, 1991.

ROBINSON, C. C. et al. Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. **Psychological Reports**, v. 77, p. 819-830, 1995.

ROCHA, G. V. M.; INGBERMAN, Y. K.; BREUS, B. Análise da relação entre práticas parentais e o autoconceito de pré-escolares. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 13, n. 1, p. 87-106, 2011.

ROSEMBAUM, P. et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy abril 2006. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 49, supl. 109, p. 8-14, 2007.

RUGGIO, C. I. B.; MAGALHÃES, L. C. **Adaptação transcultural do perceived efficacy and goal setting system – PEGS para crianças brasileiras**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RUSSO, R. N. et al. Self-esteem, self-concept, and quality of life in children with hemiplegic cerebral palsy. **Journal of Pediatrics**, v. 153, n. 4, p. 473-477, 2008.

SÁ, S. M. P.; RABINOVICH, E. P. Compreendendo a família da criança com deficiência física. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 16, n. 1, p. 68-84, 2006.

SABBETH, B. Understanding the impact of chronic childhood illness on families. **Pediatric Clinics of North America**, v. 31, n. 1, p. 47-57, 1984.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. M.; TONI, P. M. Práticas educativas como preditoras de problemas de comportamento e competência social. **Psicologia em Estudo**, v. 22, n. 2, p. 187-196, 2005.

SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. Inventário de estilos parentais (IEP) – Gomide (2006): percurso de padronização e normatização. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 25, n. 48, p. 15-26, jan./mar. 2007.

SANTOS, C. A.; PACCIULIO, A. M.; PFEIFER, L. I. Influência do contexto familiar no brincar simbólico de crianças com paralisia cerebral. **Revista do NUFEN**, v. 1, n. 2, p. 3-20, jul./dez. 2010.

SAKURAMOTO, S. M.; SQUASSONI, C. E.; MATSUKURA, T. S. Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 169-178, 2014.

SASSAKI, R. K. **Como chamar os que têm deficiência?** 2001. Disponível em: <www.educacaoonline.pro.br>. Acesso em: 28 abr. 2015.

SHUENGEL, C. et al. Self-worth, perceived competence, and behaviour problems in children with cerebral palsy. **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n. 20, p. 1251-1258, 2006.

SCHUNK, D. H. Self-efficacy, motivation, and performance. **Journal of Applied Sport Psychology**, v. 7, n. 2, p. 112-137, 1995.

SHIELDS, N. et al. A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 48, n. 2, p. 151-157, 2006.

_____. et al. Self-concept of children with cerebral palsy compared with that of children without impairment. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 49, n. 5, p. 350-354, 2007.

_____. TAYLOR, N. F.; DODD, K. J. Self-concept in children with spina bifida compared with typically developing children. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 50, p. 733-743, 2008.

SILVA, D. B. R. **Classificação da função motora grossa e habilidade manual de crianças com paralisia cerebral: diferentes perspectivas entre pais e terapeutas**. 163p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Neurologia, 2013.

SILVA, S. C.; DESSEN, M. A. Relações familiares na perspectiva de pais, irmãos e crianças com deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 20, n. 3, p. 421-434, Jul./Set., 2014.

SILVARES, E.F.M.S. **Avaliação diagnóstica do abuso físico na infância: implicações clínicas e de pesquisa**. In: BRANDÃO, M. Z. S. (Org.). Sobre comportamento e cognição, Cap.14, Santo André: ESETec Editores Associados, 2004, p.19-37.

SOUZA, L. F. N. I.; BRITO, M. R. F. Crenças de auto-eficácia, autoconceito e desempenho em matemática. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 193-201, abr./jun., 2008.

SOVERAL, A. M. B.; GRAMINHA, S. S. V. Treino ao toalete: comparação das práticas educativas utilizadas com crianças atualmente "enuréticas" e "não-enuréticas". **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 43-65, 1992.

SPROVIERI, M. H.; ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, n. 2, p.230-237, 2001.

STEVENATO, I. S. et al. Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 67-76, jan./jun. 2003.

SOYUPEK, F. et al. Do the self-concept and quality of life decrease in CP patients? Focussing on the predictors of self-concept and quality of life. **Disability and Rehabilitation**, v. 32, n. 13, p. 1109-1115, 2010.

STURGESS, J.; RODGER, S.; OZANNE, A. A review of the use of the self-report assessment with young children. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 65, p. 108-116, 2002.

SUEHIRO, A. C. B. et al. Avaliação do autoconceito no contexto escolar: análise das publicações em periódicos brasileiros. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 18-29, 2009.

TAVARES, J. **A resiliência na sociedade emergente**. In: TAVARES, J. (Org.) Resiliência e educação. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos da enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7ed. São Paulo: Artmed. 2014.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2013: crianças com deficiência**. Nova Iork: UNICEF, 2013. Disponível em: <www.unicef.org/sowc2013>. Acesso em: 15 jul. 2015.

VALENTINI, N. C. et al. Validação brasileira da escala de autopercepção de Harter para crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 411-419, 2010.

VASH, C. L. **Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação**. São Paulo: Pioneira: Editora da universidade de São Paulo, 1988.

VAZ SERRA, A. O auto-conceito. **Análise Psicológica**, v. 2, n. VI, p. 101-110, 1988.

_____. FIRMINO, H.; MATOS, A. P. Influência das relações pais-filhos no auto-conceito, **Psiquiatria Clínica**, v. 8, n. 3, p. 137-141, 1987.

VERMEER A. **De Competentie Belevings Schaal voor kinderen met cerebrale parese: Handleiding [The Self-Perception Profile for children with cerebral palsy: Manual]**. Utrecht, The Netherlands: Universiteit Utrecht; 2000.

WEBER, L. **Efeitos do comportamento moral dos pais sobre o comportamento moral dos filhos adolescentes**. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Infância e Adolescência) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

WHITE, R. et al. Physical disabilities as risk factors for child maltreatment: a selected review. **American Journal of Orthopsychiatric**, v. 57, n. 1, p. 93-101, 1987.

ZAFANI, M. D. **Percepção de pais e professores acerca do desempenho de crianças com deficiência física em atividades do contexto escolar**. 221 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Marília, 2013.

YEATES, K. O. et al. The family environment as a moderator of psychosocial outcomes following traumatic brain injury in young children. **Neuropsychology**, v. 24, p. 345–356, 2010.

ZAGUINI, C. G. S. et al. Avaliação do comportamento lúdico da criança com paralisia cerebral e da percepção de seus cuidadores. **Acta Fisiátrica**, v. 18, n. 4, p. 187-191, 2011.

ZANNI, K. P. **Influência de um *serious game* na autopercepção de crianças e adolescentes com epilepsia**. Tese (Doutorado em Neurociências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

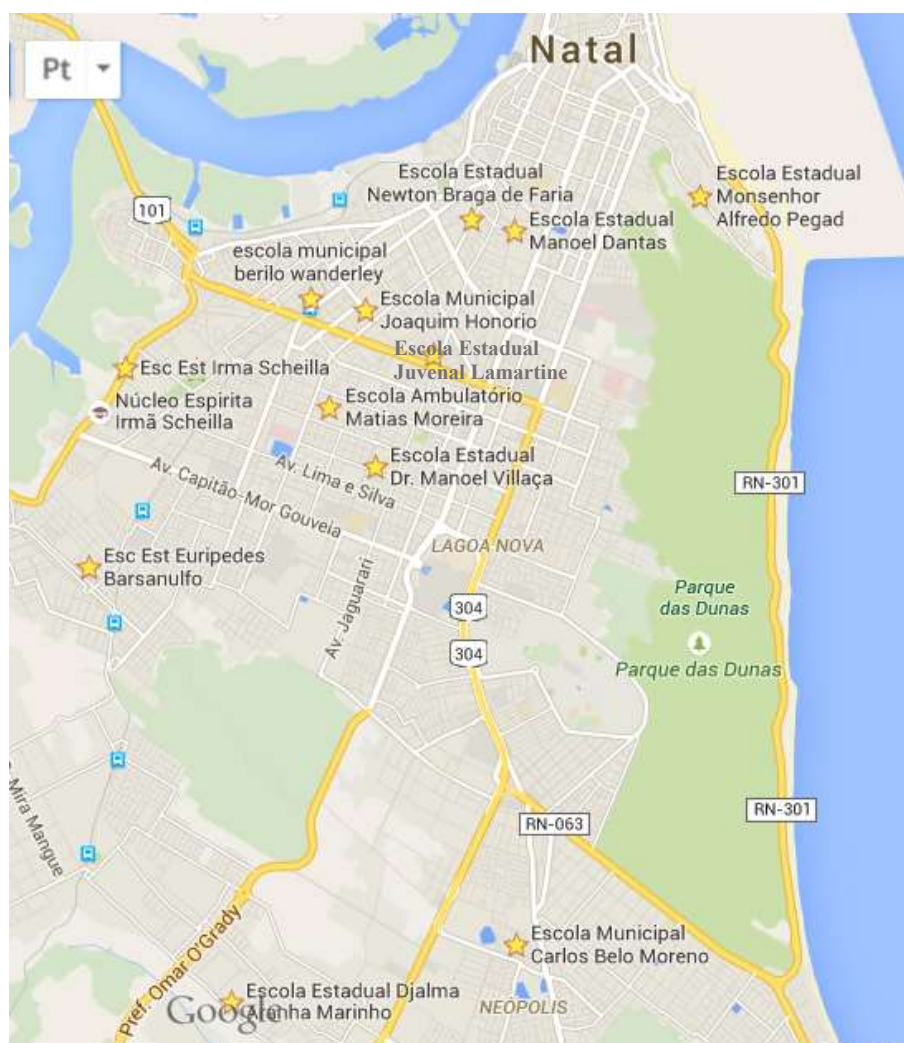
ZIEBELL, M. et al. The relationship between physical performance and self-perception in children with and without cerebral palsy. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 56, p. 24–32, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS ESCOLAS PÚBLICAS PARTICIPANTES DO ESTUDO LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE NATAL.



Parte superior do mapa.



Parte inferior do mapa.

APÊNDICE B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR E GRUPO FAMILIAR.

Data:/...../.....

NOME DO CUIDADOR:

Mãe() Pai() Outro()..... **Sexo:**..... **Data de Nascimento:**.....

Endereço:.....

Cidade:..... **Telefones:**..... /

Trabalha fora: Sim () Não () **Ocupação:**.....

Escolaridade: Não-alfabetizado () 1º (fundamental) incompleto ()

1º (fundamental) completo () 2º (médio) incompleto () 2º (médio) completo () 3º (superior) incompleto () 3º (superior) completo ou mais ()

Estado civil: Solteira () Casada () Separada () Divorciada ()

Situação conjugal: Vive sozinha () Tem companheiro ()

Número de filhos: Um () Dois () Três () Mais de três ()

Idade dos irmãos:

Composição familiar (vivem com o cuidador):.....

Renda familiar: Até 2 salários²⁴ (R\$ 1.356,00) () Até 4 salários (R\$ 2.712,00) () Até 6 salários (R\$ 4.068,00) () Mais de 6 salários (R\$ 4.068,00) ()

²⁴ Salário mínimo brasileiro vigente na ocasião da coleta de dados = R\$ 678,00 no ano de 2013 e R\$ 724,00 no ano de 2014.

APÊNDICE C - FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA.

Data:/...../.....

NOME DA CRIANÇA:

Sexo:..... **Data de nascimento:**.....

Diagnóstico²⁵:.....

Se for PC²⁶:

Classificação topográfica: Hemiparesia() Diparesia() Tetraparesia()

Desordem do movimento: Espástica() Atáxica() Hipotônica()

Discinética/extrapiramidal() Mista()

Tratamentos realizados atualmente:

Atividades de rotina:.....

Atividades/brincadeiras favoritas:

Condição geral de saúde²⁷ da criança: Boa () Ruim ()

Temperamento²⁸: Agradável () Difícil () Instável ()

NOME DA INSTITUIÇÃO ESCOLAR:

Ano e turno escolar que frequenta:

Tempo escolar (idade que iniciou na escola ou anos de escolaridade):

A escola tem programa de inclusão: Sim () Não ()

A escola tem Sala de Recurso Multifuncional: Sim () Não ()

Nome(s) e tempo do(s) professor(es) que acompanha(m) a criança -

Na sala comum:..... Na Sala de Recursos Multifuncionais:

²⁵ Quando destinado à criança com deficiência física.

²⁶ Quando o diagnóstico da criança for paralisia cerebral.

²⁷ Adoece ou não com frequência.

²⁸ Será considerado temperamento agradável, a criança que regularmente está de bom humor, com comportamento tranquilo; temperamento difícil, a criança geralmente inquieta, com comportamento agitado e/ou agressivo; temperamento instável, a criança que apresenta temperamento oscilante entre agradável e difícil.

APÊNDICE D – CONTATO COM AUTORES DO GMFCS POR E-MAIL.

RE: [CanChild] GMFCS Family Report Questionnaire

De: **Palisano, Robert** (rjp33@drexel.edu)
 Enviada: segunda-feira, 26 de agosto de 2013 18:49:30
 Para: alyneoliveira@hotmail.com (alyneoliveira@hotmail.com)

Alyne:

The descriptions for the GMFCS are specific to children with cerebral palsy.
 However, the wording of the family report questionnaire is less specific.

I think you could apply to children with other developmental conditions. You will not be able to predict or anticipate future development
 For children who DO NOT have cerebral palsy.

The 5 levels will not be useful for children with gross motor delays such as developmental coordination disorder.

Just remember that only a classification and not a complete assessment of gross motor function.

Robert J. Palisano, PT, ScD, FAPTA
 Distinguished University Professor
 Drexel University
 Physical Therapy and Rehabilitation Sciences
 245 N. 15th Street
 Philadelphia, PA 19102-1192
 Phone: 215-762-1006
 Fax: 215-762-3886
 E-mail: robert.j.palisano@drexel.edu

From: rosenbau@mcmaster.ca
 To: alyneoliveira@hotmail.com
 CC: canchild@mcmaster.ca
 Subject: RE: Question about GMFCS Family Questionnaire
 Date: Mon, 19 Aug 2013 13:49:23 +0000

Thank you for the message to CanChild, which was passed to me to answer.

It is important to be sure that you understand that the GMFCS was originally designed to DISTINGUISH or DISCRIMINATE between people with CP who have different levels of functioning. We were then able to demonstrate (in other studies) that these levels also PREDICT later function, and are relatively stable over time.

It seems likely that the GMFCS levels will be able to discriminate different levels of function among people with other conditions, but of course, if the 'natural history' of those conditions is different from CP (for example, people with muscular dystrophy or juvenile arthritis) then the PREDICTION aspects of the GMFCS will not work.

One other idea - we recommend that parents receive the list of the descriptions of the levels starting with level 5, so that they can move 'down' the page and 'up' to more functional levels as appropriate.

I hope this helps - but let us know if you have more questions.

Peter Rosenbaum

Peter Rosenbaum, MD, FRCP(C)
 Professor of Paediatrics, McMaster University
 Canada Research Chair in Childhood Disability
 Co-Founder, CanChild Centre for Childhood Disability Research
 IAHS Building, Room 408
 1400 Main Street West
 Hamilton ON L8S 1C7
 Tel: 905-525-9140, ext 27834
 Fax: 905-524-0069

From: Alyne Kalyane Câmara de Oliveira [mailto:alynekoliveira@hotmail.com]
Sent: Monday, August 19, 2013 9:03 AM
To: canchild@mcmaster.ca
Subject: Question about GMFCS Family Questionnaire

Dear CanChild,

I am Alyne Oliveira, Occupational Therapist and PhD student from the Special Education Department at the University Federal of São Carlos (UFSCar), São Paulo, Brazil.

Me and my advisor, Dr. Thelma Matsukura, would like to take off a doubt about the GMFCS Family Report Questionnaire:

Despite knowledge that this system was originally created to be used with children with cerebral palsy, would like to know if it is possible to use the GMFCS Family Report Questionnaire in children who do not have cerebral palsy, but some other impairment of physical function?

The reason to request this information is due we are seeking a test to classify the functional motor impairment in children with physical disabilities, aged 8-12 years. Thus, we eagerly await clarification on this.

Best regards,

Alyne Oliveira.

APÊNDICE E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA AS SECRETARIAS DE EDUCAÇÃO.

Ilmo(a) Sr(a) _____

Secretário(a) _____ de Educação de _____

Eu, Alyne Kalyane Câmara de Oliveira, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (PPGEEs - UFSCar), venho por meio deste, solicitar autorização para realizar parte da coleta de dados do estudo intitulado **AUTOCONCEITO, AUTOEFICÁCIA E PARENTALIDADE: CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO E SEUS FAMILIARES**, sob orientação da professora Dra. Thelma Simões Matsukura e co-orientação da profa. Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine, nas Unidades Escolares da Rede _____ de Ensino de _____.

Trata-se de um estudo com crianças com deficiência física (DF) e crianças com desenvolvimento típico (DT), além dos respectivos cuidadores familiares principais das crianças.

Como critérios de inclusão as crianças com DF, de ambos os sexos e qualquer nível de comprometimento motor, deverão ter idade entre 8 e 12 anos, estarem inseridas em contexto escolar regular e serem capazes de compreender perguntas dos instrumentos de coleta dos dados. Buscar-se-á crianças com desenvolvimento típico (DT) com características similares às crianças com DF, numa tentativa de agrupar os pares de crianças da amostra: 1º mesmo sexo; 2º mesma idade; e 3º mesmo tempo escolar que seu par (criança com DF). O cuidador familiar principal de cada criança deverá ser a pessoa que apresenta maior proximidade com a criança, permanece mais tempo com ela e realiza a maior parte dos cuidados.

O estudo tem por objetivo geral comparar os estilos parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física e de crianças com desenvolvimento típico, e verificar relações entre estas autoavaliações e os estilos parentais de seus cuidadores familiares.

Informamos que o projeto obtém aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da UFSCar e que a cópia do parecer favorável do CEP, anexa a este ofício, também será apresentada às Unidades Escolares participantes do estudo.

Antecipo que, ao término do estudo, comprometo-me a dar uma devolutiva para a Secretaria de Educação e para as Unidades Escolares participantes, ceder um exemplar da tese e/ou proferir palestra para interessados sobre o tema investigado e os principais resultados obtidos na pesquisa.

É importante ressaltar que o estudo não pretende levantar novas demandas, fazer intervenções, julgamento de condutas ou interferir na rotina dos serviços. Esclareço também que todas as orientações e normas da Secretaria de Educação, assim como das Unidades Escolares, serão respeitadas.

Em anexo segue o projeto de pesquisa na íntegra para maiores esclarecimentos. Coloque-me a disposição e acreditando contar com a sua colaboração, agradeço a atenção.

Atenciosamente.

Alyne Kalyane Câmara de Oliveira
Terapeuta Ocupacional
Doutoranda em Educação Especial
Pesquisadora responsável
alynekoliveira@hotmail.com
(84) xxxx-xxxx

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
Orientadora da pesquisa
thelma@ufscar.br
(16) 3351-8750

APÊNDICE F – EXEMPLO DE APRESENTAÇÃO NO POWER POINT DO SPPC.

<p data-bbox="264 383 544 456">Situação A</p>  <p data-bbox="284 712 384 752">Exemplo</p> <p data-bbox="531 712 815 792">Situação B</p>	<p data-bbox="863 383 1153 456">Algumas crianças sentem que elas são muito boas em seus trabalhos escolares</p>  <p data-bbox="895 678 935 734">1</p> <p data-bbox="1139 719 1423 792">Outras crianças ficam preocupadas se conseguem fazer o trabalho escolar</p>
--	---

APÊNDICE G – MODELO DE CARTÕES PARA INDICAR O GRAU DE ACORDO COM AS AFIRMAÇÕES ESCOLHIDAS NO SPPC.



APÊNDICE H – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA AS ESCOLAS.

Prezado(a) Diretor(a)

Eu, Alyne Kalyane Câmara de Oliveira, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (PPGEEs - UFSCar), venho por meio deste, solicitar autorização para realizar, nesta escola, parte da coleta de dados do estudo intitulado **AUTOCONCEITO, AUTOEFICÁCIA E PARENTALIDADE: CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO E SEUS FAMILIARES**, sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura e co-orientação da profa. Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine.

Trata-se de um estudo com crianças com deficiência física (DF) e crianças com desenvolvimento típico (DT), na faixa etária de 8 a 12 anos, inseridas em contexto escolar regular, além dos respectivos cuidadores familiares principais das crianças. Tem por objetivo geral comparar os estilos parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física e de crianças com desenvolvimento típico, e verificar relações entre estas autoavaliações e os estilos parentais de seus cuidadores familiares.

A participação das crianças e dos cuidadores familiares é voluntária e consistirá em responder aos instrumentos de coleta de dados. Os cuidadores deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem da pesquisa. As identidades dos alunos e seus responsáveis serão mantidas no anonimato, sendo os dados coletados confidenciais e os resultados obtidos divulgados sem identificação dos participantes e/ou das escolas.

Informamos que o projeto obtém aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (parecer nº 166.946) e autorização da Secretaria _____ de Educação de _____ para que a mesma possa ser realizada nas Unidades Escolares da Rede _____ de Ensino, localizadas no município de Natal/RN.

Ao término do estudo, caso haja interesse por parte da escola, comprometo-me a ceder um exemplar da tese e/ou proferir palestra para interessados sobre o tema investigado e os principais resultados obtidos na pesquisa.

É importante ressaltar que o estudo não pretende levantar novas demandas, fazer intervenções, julgamento de condutas ou interferir na rotina dos serviços. Todas as orientações e normas desta escola serão respeitadas.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos e acreditando contar com a sua colaboração, agradeço a atenção.

Atenciosamente.

Alyne Kalyane Câmara de Oliveira
Terapeuta Ocupacional
Doutoranda em Educação Especial
Pesquisadora responsável
alynekoliveira@hotmail.com
(84) xxxx-xxxx

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
Orientadora da pesquisa
thelma@ufscar.br
(16) 3351-8750

Declaro que entendi os objetivos da participação desta escola na presente pesquisa e permito a realização da coleta de dados em suas dependências.

Identificação da escola:

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Diretor(a) / responsável
(assinatura e carimbo)

Informações complementares sobre a pesquisa para a escola

Justificativa

Este estudo é importante para compreender mais sobre o contexto familiar e sua relação com o desenvolvimento do autoconceito e da autoeficácia nas crianças com deficiência física e com desenvolvimento típico inseridas em contexto escolar. Poderá também ajudar a direcionar ações que considerem amplamente os contextos de desenvolvimento infantil e o julgamento da criança com deficiência física sobre si própria.

Participantes

Alunos com deficiência física, de ambos os sexos e qualquer nível de comprometimento motor, na faixa etária de 8 a 12 anos, capazes de compreender perguntas dos instrumentos de coleta dos dados; alunos com desenvolvimento típico de mesmo sexo, idade e tempo escolar que a criança com DF; além dos respectivos cuidadores familiares principais (pessoa que apresenta maior proximidade com a criança, permanece mais tempo com ela e realiza a maior parte dos cuidados).

Procedimentos

Após concordância da escola, será feito um levantamento dos possíveis alunos participantes e contatados os respectivos cuidadores familiares. Estes serão esclarecidos sobre o estudo e convidados a participarem. Encontros serão agendados para aplicação dos instrumentos de coleta dos dados na escola.

O cuidador responderá às perguntas do instrumento Inventário de Estilos Parentais (IEP), que aborda práticas educativas utilizadas pelos pais com seu filho, do *Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire* (GMFCS), que através do relato familiar caracteriza o comprometimento motor da criança com deficiência física, além de uma Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e uma Ficha de Caracterização da Criança.

A criança com deficiência física, assim como a com desenvolvimento típico, responderá aos instrumentos *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) e o *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS), que abordam, respectivamente, sobre o autoconceito (percepção que a criança tem de si, de suas características pessoais e de seu comportamento em diferentes domínios) e sobre a autoeficácia (percepção de competência da criança na execução de atividades diárias específicas).

APÊNDICE I – TCLE PARA OS CUIDADORES FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.

Nome da Pesquisa: AUTOCONCEITO, AUTOEFICÁCIA E PARENTALIDADE: CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO E SEUS FAMILIARES.

Pesquisadoras responsáveis: Alyne Kalyane C. Oliveira
alynekoliveira@hotmail.com
(84) xxxx-xxxx

Thelma Simões Matsukura
thelma@ufscar.br
(16)3351-8750

Você e sua criança estão sendo convidados a participarem desta pesquisa. Trata-se de um estudo com crianças com deficiência física e crianças com desenvolvimento típico, de ambos os sexos, com idade entre 8 e 12 anos, inseridas em contexto escolar regular e os cuidadores familiares principais dessas crianças. Tem como objetivo geral comparar os estilos parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física e de crianças com desenvolvimento típico, e verificar relações entre estas autoavaliações e os estilos parentais de seus cuidadores familiares.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas do instrumento Inventário de Estilos Parentais (IEP), que aborda práticas educativas utilizadas pelos pais com seu filho, e do *Gross Motor Function Classification System Family Report Questionnaire* (GMFCS), que através do relato familiar caracteriza a gravidade do comprometimento motor da criança, além de uma Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e uma Ficha de Caracterização da Criança.

Sua criança responderá aos instrumentos *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) e o *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS), que abordam, respectivamente, sobre o autoconceito (percepção que a criança tem de si, de suas características pessoais e de seu comportamento em diferentes domínios) e sobre a autoeficácia (percepção de competência da criança na execução de atividades diárias específicas). A aplicação destes instrumentos acontecerá na escola em que sua criança estuda e em horário previamente agendado.

Este estudo é importante para compreender mais sobre o contexto familiar e sua relação com o desenvolvimento do autoconceito e da autoeficácia nas crianças com deficiência física e com desenvolvimento típico. Poderá também ajudar a direcionar ações que considerem amplamente os contextos de desenvolvimento infantil e o julgamento da criança com deficiência sobre si própria. Lembramos que o estudo não representará qualquer risco de ordem física para vocês, apenas poderá causar algum tipo de constrangimento, devido ao tema abordado pelos instrumentos utilizados. Contudo, cuidados serão tomados para reduzir esta possibilidade.

Sua participação e a da criança neste estudo são voluntárias, não haverá custos adicionais, tendo o direito de interrompê-la a qualquer momento e em nada afetará a participação da sua criança na escola em que frequenta. Lembramos que as identidades dos participantes serão mantidas em sigilo, sendo os dados coletados somente utilizados para fins científicos ou didáticos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato das pesquisadoras responsáveis, podendo tirar dúvidas sobre sua participação e sobre o projeto, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado(a), cuidador familiar principal, responsável pelo(a) menor _____, declaro que li e entendi todas as informações sobre a pesquisa, concordando com a minha participação e com a da minha criança.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável pela criança

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE J – TCLE PARA OS CUIDADORES FAMILIARES RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO.

Nome da Pesquisa: AUTOCONCEITO, AUTOEFICÁCIA E PARENTALIDADE: CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO E SEUS FAMILIARES.

Pesquisadoras responsáveis: **Alyne Kalyane C. Oliveira**
alynekoliveira@hotmail.com
(84) xxxx-xxxx

Thelma Simões Matsukura
thelma@ufscar.br
(16)3351-8750

Você e sua criança estão sendo convidados a participarem desta pesquisa. Trata-se de um estudo com crianças com deficiência física e crianças com desenvolvimento típico, de ambos os sexos, com idade entre 8 e 12 anos, inseridas em contexto escolar regular e os cuidadores familiares principais dessas crianças. Tem como objetivo geral comparar os estilos parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física e de crianças com desenvolvimento típico, e verificar relações entre estas autoavaliações e os estilos parentais de seus cuidadores familiares.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas do instrumento Inventário de Estilos Parentais (IEP), que aborda práticas educativas utilizadas pelos pais com seu filho, além de uma Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar e uma Ficha de Caracterização da Criança.

Sua criança responderá aos instrumentos *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) e o *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS), que abordam, respectivamente, sobre o autoconceito (percepção que a criança tem de si, de suas características pessoais e de seu comportamento em diferentes domínios) e sobre a autoeficácia (percepção de competência da criança na execução de atividades diárias específicas). A aplicação destes instrumentos acontecerá na escola em que sua criança estuda e em horário previamente agendado.

Este estudo é importante para compreender mais sobre o contexto familiar e sua relação com o desenvolvimento do autoconceito e da autoeficácia nas crianças com paralisia cerebral e com desenvolvimento típico. Poderá também ajudar a direcionar ações que considerem amplamente os contextos de desenvolvimento infantil e o julgamento da criança com deficiência sobre si própria. Lembramos que o estudo não representará qualquer risco de ordem física para sua criança, apenas poderá causar algum tipo de constrangimento, devido ao tema abordado pelos instrumentos utilizados. Contudo, cuidados serão tomados para reduzir esta possibilidade.

Sua participação e a da criança neste estudo são voluntárias, não haverá custos adicionais, tendo o direito de interrompê-la a qualquer momento e em nada afetará a participação da sua criança na escola em que frequenta. Lembramos que as identidades dos participantes serão mantidas em sigilo, sendo os dados coletados somente utilizados para fins científicos ou didáticos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato das pesquisadoras responsáveis, podendo tirar dúvidas sobre sua participação e sobre o projeto, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado(a), cuidador familiar principal, responsável pelo(a) menor _____, declaro que li e entendi todas as informações sobre a pesquisa, concordando com a minha participação e com a da minha criança.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável pela criança

Assinatura do responsável pela pesquisa

APÊNDICE L – MATRIZ DE CORRELAÇÃO CONSIDERANDO O GRUPO DE CRIANÇAS COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO.

Tabela A-1 – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças com DT, n=36 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).

	Correlação de Pearson	PEGS Autoeficácia	SPPC Comp. cognitiva	SPPC Comp. social	SPPC Comp. motora	SPPC Apar. física	SPPC Cond. comport.	SPPC Autoc. global
PEGS - Autoeficácia	Correlação	1	0,391(*)	0,131	0,663(**)	0,304	0,560(**)	0,436(**)
	Sig. p (bilateral)		0,018	0,447	0,000	0,071	0,000	0,008
SPPC - Comp. cognitiva	Correlação	0,391(*)	1	0,071	0,205	0,420(*)	0,572(**)	0,309
	Sig. p (bilateral)	0,018		0,682	0,230	0,011	0,000	0,066
SPPC - Comp. social	Correlação	0,131	0,071	1	0,106	0,070	-0,127	0,025
	Sig. p (bilateral)	0,447	0,682		0,537	0,685	0,460	0,884
SPPC - Comp. motora	Correlação	0,663(**)	0,205	0,106	1	0,311	0,240	0,247
	Sig. p (bilateral)	0,000	0,230	0,537		0,065	0,159	0,146
SPPC - Apar. física	Correlação	0,304	0,420(*)	0,070	0,311	1	0,392(*)	0,285
	Sig. p (bilateral)	0,071	0,011	0,685	0,065		0,018	0,092
SPPC - Cond. comport.	Correlação	0,560(**)	0,572(**)	-0,127	0,24	0,392(*)	1	0,398(*)
	Sig. p (bilateral)	0,000	0,000	0,46	0,159	0,018		0,016
SPPC - Autoc. global	Correlação	0,436(**)	0,309	0,025	0,247	0,285	0,398(*)	1
	Sig. p (bilateral)	0,008	0,066	0,884	0,146	0,092	0,016	
IEP - Monitoria positiva	Correlação	-0,217	-0,275	-0,243	-0,014	0,188	-0,007	-0,035
	Sig. p (bilateral)	0,204	0,105	0,153	0,937	0,272	0,970	0,837
IEP - Comport. moral	Correlação	0,015	0,042	0,087	-0,081	0,299	0,108	0,197
	Sig. p (bilateral)	0,932	0,806	0,613	0,639	0,077	0,529	0,248
IEP - Punição inconsist.	Correlação	0,194	0,024	0,059	0,064	0,088	0,095	0,051
	Sig. p (bilateral)	0,257	0,890	0,732	0,712	0,610	0,583	0,766
IEP - Negligência	Correlação	0,160	0,238	0,027	0,068	-0,063	0,286	-0,03
	Sig. p (bilateral)	0,350	0,163	0,874	0,691	0,714	0,091	0,862
IEP - Discipl. relaxada	Correlação	-0,038	-0,527(**)	0,012	-0,060	-0,257	-0,285	-0,247
	Sig. p (bilateral)	0,828	0,001	0,946	0,727	0,130	0,092	0,146
IEP - Monitoria negativa	Correlação	0,344(*)	0,012	0,150	0,053	0,411(*)	0,174	0,054
	Sig. p (bilateral)	0,040	0,944	0,381	0,758	0,013	0,310	0,753
IEP - Abuso físico	Correlação	0,407(*)	0,042	-0,102	0,242	0,374(*)	0,263	0,142
	Sig. p (bilateral)	0,014	0,809	0,556	0,155	0,025	0,121	0,410
Índice IEP	Correlação	-0,336(*)	0,007	-0,080	-0,119	-0,030	-0,119	0,053
	Sig. p (bilateral)	0,045	0,969	0,641	0,489	0,862	0,489	0,760

**Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

*Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

Tabela A – 1 (Continuação) – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças com DT, n=36 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).

	Correlação de Pearson	IEP Monitoria positiva	IEP Comport. moral	IEP Punição inconsist.	IEP Negligência	IEP Discipl. relaxada	IEP Monitoria negativa	IEP Abuso físico	Índice IEP
IEP - Monitoria positiva	Correlação	1	0,486(**)	-0,325	-0,451(**)	-0,124	0,113	0,016	0,573(**)
	Sig. p (bilateral)		0,003	0,053	0,006	0,473	0,512	0,928	0,000
IEP - Comport. moral	Correlação	0,486(**)	1	0,167	-0,094	-0,012	0,482(**)	0,270	0,133
	Sig. p (bilateral)	0,003		0,330	0,584	0,945	0,003	0,111	0,439
IEP - Punição inconsist.	Correlação	-0,325	0,167	1	0,377(*)	0,315	0,315	0,469(**)	-0,756(**)
	Sig. p (bilateral)	0,053	0,330		0,023	0,061	0,062	0,004	0,000
IEP - Negligência	Correlação	-0,451(**)	-0,094	0,377(*)	1	0,149	0,167	0,274	-0,680(**)
	Sig. p (bilateral)	0,006	0,584	0,023		0,386	0,331	0,106	0,000
IEP - Discipl. relaxada	Correlação	-0,124	-0,012	0,315	0,149	1	-0,021	0,066	-0,458(**)
	Sig. p (bilateral)	0,473	0,945	0,061	0,386		0,902	0,701	0,005
IEP - Monitoria negativa	Correlação	0,113	0,482(**)	0,315	0,167	-0,021	1	0,715(**)	-0,452(**)
	Sig. p (bilateral)	0,512	0,003	0,062	0,331	0,902		0,000	0,006
IEP - Abuso físico	Correlação	0,016	0,270	0,469(**)	0,274	0,066	0,715(**)	1	-0,617(**)
	Sig. p (bilateral)	0,928	0,111	0,004	0,106	0,701	0,000		0,000
Índice IEP	Correlação	0,573(**)	0,133	-0,756(**)	-0,680(**)	-0,458(**)	-0,452(**)	-0,617(**)	1
	Sig. p (bilateral)	0,000	0,439	0,000	0,000	0,005	0,006	0,000	
PEGS - Autoeficácia	Correlação	-0,217	0,015	0,194	0,160	-0,038	0,344(*)	0,407(*)	-0,336(*)
	Sig. p (bilateral)	0,204	0,932	0,257	0,350	0,828	0,040	0,014	0,045
SPPC - Comp. cognitiva	Correlação	-0,275	0,042	0,024	0,238	-0,527(**)	0,012	0,042	0,007
	Sig. p (bilateral)	0,105	0,806	0,890	0,163	0,001	0,944	0,809	0,969
SPPC - Comp. social	Correlação	-0,243	0,087	0,059	0,027	0,012	0,150	-0,102	-0,080
	Sig. p (bilateral)	0,153	0,613	0,732	0,874	0,946	0,381	0,556	0,641
SPPC - Comp. motora	Correlação	-0,014	-0,081	0,064	0,068	-0,060	0,053	0,242	-0,119
	Sig. p (bilateral)	0,937	0,639	0,712	0,691	0,727	0,758	0,155	0,489
SPPC - Apar. física	Correlação	0,188	0,299	0,088	-0,063	-0,257	0,411(*)	0,374(*)	-0,030
	Sig. p (bilateral)	0,272	0,077	0,610	0,714	0,130	0,013	0,025	0,862
SPPC - Cond. comport.	Correlação	-0,007	0,108	0,095	0,286	-0,285	0,174	0,263	-0,119
	Sig. p (bilateral)	0,970	0,529	0,583	0,091	0,092	0,310	0,121	0,489
SPPC - Autoc. global	Correlação	-0,035	0,197	0,051	-0,030	-0,247	0,054	0,142	0,053
	Sig. p (bilateral)	0,837	0,248	0,766	0,862	0,146	0,753	0,410	0,760

**Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

*Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

APÊNDICE M – MATRIZ DE CORRELAÇÃO CONSIDERANDO O GRUPO DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.

Tabela A-2 – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças com DF, n=20 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).

	Correlação de Pearson	PEGS Autoeficácia	SPPC Comp. cognitiva	SPPC Comp. social	SPPC Comp. motora	SPPC Apar. física	SPPC Cond. comport.	SPPC Autoc. global
PEGS - Autoeficácia	Correlação	1	0,619(**)	0,228	0,368	0,403	0,440	0,575(**)
	Sig. p (bilateral)		0,004	0,334	0,111	0,078	0,052	0,008
SPPC - Comp. cognitiva	Correlação	0,619(**)	1	0,294	0,244	0,467(*)	0,375	0,570(**)
	Sig. p (bilateral)	0,004		0,209	0,300	0,038	0,103	0,009
SPPC - Comp. social	Correlação	0,228	0,294	1	0,459(*)	0,305	0,100	0,531(*)
	Sig. p (bilateral)	0,334	0,209		0,042	0,190	0,675	0,016
SPPC - Comp. motora	Correlação	0,368	0,244	0,459(*)	1	0,095	0,087	0,445(*)
	Sig. p (bilateral)	0,111	0,300	0,042		0,692	0,714	0,050
SPPC - Apar. física	Correlação	0,403	0,467(*)	0,305	0,095	1	0,371	0,656(**)
	Sig. p (bilateral)	0,078	0,038	0,190	0,692		0,108	0,002
SPPC - Cond. comport.	Correlação	0,440	0,375	0,100	0,087	0,371	1	0,556(*)
	Sig. p (bilateral)	0,052	0,103	0,675	0,714	0,108		0,011
SPPC - Autoc. global	Correlação	0,575(**)	0,570(**)	0,531(*)	0,445(*)	0,656(**)	0,556(*)	1
	Sig. p (bilateral)	0,008	0,009	0,016	0,050	0,002	0,011	
IEP - Monitoria positiva	Correlação	-0,344	-0,210	0,225	-0,026	-0,114	-0,143	-0,178
	Sig. p (bilateral)	0,137	0,374	0,339	0,913	0,631	0,549	0,454
IEP - Comport. moral	Correlação	-0,333	-0,418	0,094	-0,204	-0,188	-0,052	-0,012
	Sig. p (bilateral)	0,151	0,067	0,692	0,388	0,427	0,829	0,960
IEP - Punição inconsist.	Correlação	-0,199	-0,402	-0,082	-0,284	-0,158	0,005	-0,320
	Sig. p (bilateral)	0,400	0,079	0,732	0,226	0,505	0,983	0,169
IEP - Negligência	Correlação	-0,218	-0,168	-0,269	-0,309	-0,303	-0,022	-0,397
	Sig. p (bilateral)	0,356	0,479	0,251	0,185	0,194	0,925	0,083
IEP - Discipl. relaxada	Correlação	-0,067	-0,096	-0,356	-0,229	-0,198	-0,136	-0,287
	Sig. p (bilateral)	0,780	0,688	0,123	0,332	0,404	0,566	0,220
IEP - Monitoria negativa	Correlação	-0,089	-0,165	-0,151	-0,261	0,168	-0,371	-0,178
	Sig. p (bilateral)	0,710	0,486	0,526	0,266	0,479	0,107	0,452
IEP- Abuso físico	Correlação	-0,228	-0,196	0,006	-0,19	-0,192	-0,163	-0,17
	Sig. p (bilateral)	0,334	0,407	0,981	0,422	0,417	0,492	0,473
Índice IEP	Correlação	0,014	0,084	0,307	0,252	0,082	0,119	0,296
	Sig. p (bilateral)	0,955	0,724	0,188	0,283	0,731	0,617	0,205

**Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

*Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

Tabela A-2 (Continuação) – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças com DF, n=20 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).

	Correlação de Pearson	IEP Monitoria positiva	IEP Comport. moral	IEP Punição inconsist.	IEP Negligência	IEP Discipl. relaxada	IEP Monitoria negativa	IEP Abuso físico	Índice IEP
IEP - Monitoria positiva	Correlação	1	0,648(**)	0,195	-0,140	-0,459(*)	0,177	-0,325	0,530(*)
	Sig. p (bilateral)		0,002	0,409	0,555	0,042	0,455	0,162	0,016
IEP - Comport. moral	Correlação	0,648(**)	1	0,241	-0,134	-0,522(*)	0,054	-0,082	0,549(*)
	Sig. p (bilateral)	0,002		0,307	0,572	0,018	0,820	0,730	0,012
IEP - Punição inconsist.	Correlação	0,195	0,241	1	0,563(**)	0,036	0,242	0,450(*)	-0,439
	Sig. p (bilateral)	0,409	0,307		0,010	0,880	0,304	0,047	0,053
IEP - Negligência	Correlação	-0,14	-0,134	0,563(**)	1	0,212	0,233	0,637(**)	-0,692(**)
	Sig. p (bilateral)	0,555	0,572	0,010		0,369	0,323	0,003	0,001
IEP - Discipl. relaxada	Correlação	-0,459(*)	-0,522(*)	0,036	0,212	1	0,220	0,404	-0,723(**)
	Sig. p (bilateral)	0,042	0,018	0,880	0,369		0,352	0,077	0,000
IEP - Monitoria negativa	Correlação	0,177	0,054	0,242	0,233	0,220	1	0,274	-0,434
	Sig. p (bilateral)	0,455	0,820	0,304	0,323	0,352		0,243	0,056
IEP - Abuso físico	Correlação	-0,325	-0,082	0,450(*)	0,637(**)	0,404	0,274	1	-0,722(**)
	Sig. p (bilateral)	0,162	0,730	0,047	0,003	0,077	0,243		0,000
Índice IEP	Correlação	0,530(*)	0,549(*)	-0,439	-0,692(**)	-0,723(**)	-0,434	-0,722(**)	1
	Sig. p (bilateral)	0,016	0,012	0,053	0,001	0,000	0,056	0,000	
PEGS - Autoeficácia	Correlação	-0,344	-0,333	-0,199	-0,218	-0,067	-0,089	-0,228	0,014
	Sig. p (bilateral)	0,137	0,151	0,400	0,356	0,78	0,710	0,334	0,955
SPPC - Comp. cognitiva	Correlação	-0,210	-0,418	-0,402	-0,168	-0,096	-0,165	-0,196	0,084
	Sig. p (bilateral)	0,374	0,067	0,079	0,479	0,688	0,486	0,407	0,724
SPPC - Comp. social	Correlação	0,225	0,094	-0,082	-0,269	-0,356	-0,151	0,006	0,307
	Sig. p (bilateral)	0,339	0,692	0,732	0,251	0,123	0,526	0,981	0,188
SPPC - Comp. motora	Correlação	-0,026	-0,204	-0,284	-0,309	-0,229	-0,261	-0,190	0,252
	Sig. p (bilateral)	0,913	0,388	0,226	0,185	0,332	0,266	0,422	0,283
SPPC - Apar. física	Correlação	-0,114	-0,188	-0,158	-0,303	-0,198	0,168	-0,192	0,082
	Sig. p (bilateral)	0,631	0,427	0,505	0,194	0,404	0,479	0,417	0,731
SPPC - Cond. comport.	Correlação	-0,143	-0,052	0,005	-0,022	-0,136	-0,371	-0,163	0,119
	Sig. p (bilateral)	0,549	0,829	0,983	0,925	0,566	0,107	0,492	0,617
SPPC - Autoc. global	Correlação	-0,178	-0,012	-0,320	-0,397	-0,287	-0,178	-0,170	0,296
	Sig. p (bilateral)	0,454	0,960	0,169	0,083	0,220	0,452	0,473	0,205

**Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

*Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

APÊNDICE N – MATRIZ DE CORRELAÇÃO CONSIDERANDO O GRUPO DE CRIANÇAS COM COMPROMETIMENTO MOTOR LEVE.

Tabela A-3 – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças DF com comprometimento motor leve, n=11 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).

	Correlação de Pearson	PEGS Autoeficácia	SPPC Comp. cognitiva	SPPC Comp. social	SPPC Comp. motora	SPPC Apar. física	SPPC Cond. comport.	SPPC Autoc. global
PEGS - Autoeficácia	Correlação	1	0,737(**)	0,093	0,599	-0,181	0,231	0,538
	Sig. p (bilateral)		0,010	0,785	0,051	0,595	0,495	0,088
SPPC - Comp. cognitiva	Correlação	0,737(**)	1	-0,260	0,340	0,170	0,266	0,238
	Sig. p (bilateral)	0,010		0,440	0,306	0,616	0,430	0,480
SPPC - Comp. social	Correlação	0,093	-0,260	1	0,158	-0,339	-0,216	-0,320
	Sig. p (bilateral)	0,785	0,440		0,642	0,308	0,523	0,337
SPPC - Comp. motora	Correlação	0,599	0,340	0,158	1	0,106	0,030	0,425
	Sig. p (bilateral)	0,051	0,306	0,642		0,757	0,931	0,193
SPPC - Apar. física	Correlação	-0,181	0,170	-0,339	0,106	1	0,635(*)	0,316
	Sig. p (bilateral)	0,595	0,616	0,308	0,757		0,036	0,344
SPPC - Cond. comport.	Correlação	0,231	0,266	-0,216	0,030	0,635(*)	1	0,542
	Sig. p (bilateral)	0,495	0,430	0,523	0,931	0,036		0,085
SPPC - Autoc. global	Correlação	0,538	0,238	-0,320	0,425	0,316	0,542	1
	Sig. p (bilateral)	0,088	0,480	0,337	0,193	0,344	0,085	
IEP - Monitoria positiva	Correlação	-0,154	-0,307	0,395	0,047	-0,031	0,134	-0,140
	Sig. p (bilateral)	0,652	0,359	0,229	0,891	0,929	0,695	0,681
IEP - Comport. moral	Correlação	-0,200	-0,618(*)	0,237	-0,097	-0,258	0,043	0,124
	Sig. p (bilateral)	0,556	0,043	0,483	0,777	0,443	0,901	0,715
IEP - Punição inconsist.	Correlação	-0,252	-0,412	0,401	-0,017	-0,100	-0,060	-0,342
	Sig. p (bilateral)	0,455	0,208	0,222	0,961	0,771	0,860	0,303
IEP - Negligência	Correlação	-0,139	0,228	0,128	-0,321	-0,062	-0,359	-0,591
	Sig. p (bilateral)	0,683	0,500	0,707	0,336	0,856	0,279	0,056
IEP - Discipl. relaxada	Correlação	0,278	0,344	-0,207	-0,120	0,099	0,116	0,220
	Sig. p (bilateral)	0,407	0,301	0,542	0,726	0,772	0,734	0,516
IEP - Monitoria negativa	Correlação	-0,161	-0,010	-0,047	-0,254	0,079	-0,138	-0,047
	Sig. p (bilateral)	0,635	0,978	0,890	0,452	0,817	0,685	0,891
IEP - Abuso físico	Correlação	0,064	-0,021	0,470	-0,092	-0,211	-0,262	-0,224
	Sig. p (bilateral)	0,852	0,951	0,145	0,788	0,532	0,437	0,508
Índice IEP	Correlação	-0,038	-0,278	0,039	0,150	-0,072	0,163	0,202
	Sig. p (bilateral)	0,912	0,407	0,909	0,659	0,835	0,633	0,550

**Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

*Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

Tabela A-3 (Continuação) – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças DF com comprometimento motor leve, n=11 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).

	Correlação de Pearson	IEP Monitoria positiva	IEP Comport. moral	IEP Punição inconsist.	IEP Negligência	IEP Discipl. relaxada	IEP Monitoria negativa	IEP Abuso físico	Índice IEP
IEP - Monitoria positiva	Correlação	1	0,674(*)	0,324	-0,062	-0,752(**)	0,364	-0,297	0,494
	Sig. p (bilateral)		0,023	0,331	0,857	0,008	0,271	0,376	0,123
IEP - Comport. moral	Correlação	0,674(*)	1	0,079	-0,491	-0,671(*)	-0,001	-0,405	0,761(**)
	Sig. p (bilateral)	0,023		0,818	0,125	0,024	0,997	0,217	0,007
IEP - Punição inconsist.	Correlação	0,324	0,079	1	0,376	0,113	0,226	0,488	-0,398
	Sig. p (bilateral)	0,331	0,818		0,254	0,740	0,504	0,128	0,225
IEP - Negligência	Correlação	-0,062	-0,491	0,376	1	0,356	0,591	0,567	-0,772(**)
	Sig. p (bilateral)	0,857	0,125	0,254		0,283	0,056	0,069	0,005
IEP - Discipl. relaxada	Correlação	-0,752(**)	-0,671(*)	0,113	0,356	1	0,045	0,569	-0,813(**)
	Sig. p (bilateral)	0,008	0,024	0,740	0,283		0,895	0,068	0,002
IEP - Monitoria negativa	Correlação	0,364	-0,001	0,226	0,591	0,045	1	0,214	-0,378
	Sig. p (bilateral)	0,271	0,997	0,504	0,056	0,895		0,528	0,251
IEP - Abuso físico	Correlação	-0,297	-0,405	0,488	0,567	0,569	0,214	1	-0,750(**)
	Sig. p (bilateral)	0,376	0,217	0,128	0,069	0,068	0,528		0,008
Índice IEP	Correlação	0,494	0,761(**)	-0,398	-0,772(**)	-0,813(**)	-0,378	-0,750(**)	1
	Sig. p (bilateral)	0,123	0,007	0,225	0,005	0,002	0,251	0,008	
PEGS - Autoeficácia	Correlação	-0,154	-0,200	-0,252	-0,139	0,278	-0,161	0,064	-0,038
	Sig. p (bilateral)	0,652	0,556	0,455	0,683	0,407	0,635	0,852	0,912
SPPC - Comp. cognitiva	Correlação	-0,307	-0,618(*)	-0,412	0,228	0,344	-0,01	-0,021	-0,278
	Sig. p (bilateral)	0,359	0,043	0,208	0,500	0,301	0,978	0,951	0,407
SPPC - Comp. social	Correlação	0,395	0,237	0,401	0,128	-0,207	-0,047	0,470	0,039
	Sig. p (bilateral)	0,229	0,483	0,222	0,707	0,542	0,890	0,145	0,909
SPPC - Comp. motora	Correlação	0,047	-0,097	-0,017	-0,321	-0,120	-0,254	-0,092	0,150
	Sig. p (bilateral)	0,891	0,777	0,961	0,336	0,726	0,452	0,788	0,659
SPPC - Apar. física	Correlação	-0,031	-0,258	-0,100	-0,062	0,099	0,079	-0,211	-0,072
	Sig. p (bilateral)	0,929	0,443	0,771	0,856	0,772	0,817	0,532	0,835
SPPC - Cond. comport.	Correlação	0,134	0,043	-0,060	-0,359	0,116	-0,138	-0,262	0,163
	Sig. p (bilateral)	0,695	0,901	0,860	0,279	0,734	0,685	0,437	0,633
SPPC - Autoc. global	Correlação	-0,140	0,124	-0,342	-0,591	0,220	-0,047	-0,224	0,202
	Sig. p (bilateral)	0,681	0,715	0,303	0,056	0,516	0,891	0,508	0,550

**Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

*Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

APÊNDICE O – MATRIZ DE CORRELAÇÃO CONSIDERANDO O GRUPO DE CRIANÇAS COM COMPROMETIMENTO MOTOR MODERADO OU GRAVE.

Tabela A-4 – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças DF com comprometimento motor moderado/grave, n=9 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).

	Correlação de Pearson	PEGS Autoeficácia	SPPC Comp. cognitiva	SPPC Comp. social	SPPC Comp. motora	SPPC Apar. física	SPPC Cond. comport.	SPPC Autoc. global
PEGS - Autoeficácia	Correlação	1	0,698(*)	0,364	0,137	0,635	0,599	0,610
	Sig. p (bilateral)		0,036	0,335	0,725	0,066	0,088	0,081
SPPC - Comp. cognitiva	Correlação	0,698(*)	1	0,719(*)	0,202	0,820(**)	0,530	0,898(**)
	Sig. p (bilateral)	0,036		0,029	0,602	0,007	0,142	0,001
SPPC - Comp. social	Correlação	0,364	0,719(*)	1	0,643	0,594	0,288	0,858(**)
	Sig. p (bilateral)	0,335	0,029		0,062	0,091	0,452	0,003
SPPC - Comp. motora	Correlação	0,137	0,202	0,643	1	0,020	0,102	0,444
	Sig. p (bilateral)	0,725	0,602	0,062		0,959	0,795	0,231
SPPC - Apar. física	Correlação	0,635	0,820(**)	0,594	0,020	1	0,203	0,783(*)
	Sig. p (bilateral)	0,066	0,007	0,091	0,959		0,600	0,013
SPPC - Cond. comport.	Correlação	0,599	0,530	0,288	0,102	0,203	1	0,572
	Sig. p (bilateral)	0,088	0,142	0,452	0,795	0,600		0,107
SPPC - Autoc. global	Correlação	0,610	0,898(**)	0,858(**)	0,444	0,783(*)	0,572	1
	Sig. p (bilateral)	0,081	0,001	0,003	0,231	0,013	0,107	
IEP - Monitoria positiva	Correlação	-0,530	-0,104	0,124	-0,070	-0,155	-0,405	-0,203
	Sig. p (bilateral)	0,142	0,790	0,750	0,858	0,690	0,280	0,600
IEP - Comport. moral	Correlação	-0,454	-0,120	-0,043	-0,313	-0,058	-0,152	-0,100
	Sig. p (bilateral)	0,219	0,759	0,912	0,412	0,882	0,696	0,798
IEP - Punição inconsist.	Correlação	-0,226	-0,381	-0,485	-0,626	-0,269	0,075	-0,365
	Sig. p (bilateral)	0,559	0,312	0,186	0,071	0,484	0,849	0,334
IEP - Negligência	Correlação	-0,423	-0,515	-0,452	-0,368	-0,522	0,184	-0,354
	Sig. p (bilateral)	0,256	0,156	0,221	0,330	0,149	0,636	0,350
IEP - Discipl. relaxada	Correlação	-0,267	-0,613	-0,467	-0,283	-0,338	-0,331	-0,564
	Sig. p (bilateral)	0,488	0,079	0,205	0,460	0,373	0,385	0,114
IEP - Monitoria negativa	Correlação	-0,057	-0,344	-0,216	-0,283	0,229	-0,585	-0,268
	Sig. p (bilateral)	0,884	0,365	0,576	0,460	0,553	0,098	0,485
IEP - Abuso físico	Correlação	-0,307	-0,372	-0,164	-0,204	-0,135	-0,097	-0,130
	Sig. p (bilateral)	0,421	0,324	0,673	0,599	0,730	0,805	0,740
Índice IEP	Correlação	0,121	0,561	0,512	0,386	0,240	0,092	0,404
	Sig. p (bilateral)	0,756	0,116	0,159	0,304	0,535	0,815	0,281

**Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

*Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

Tabela A-4 (Continuação) – Matriz de Correlação de Pearson entre os estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, a autoeficácia e o autoconceito das crianças DF com comprometimento motor moderado/grave, n=9 (instrumentos PEGS, SPPC e IEP).

	Correlação de Pearson	IEP Monitoria positiva	IEP Comport. moral	IEP Punição inconsist.	IEP Negligência	IEP Discipl. relaxada	IEP Monitoria negativa	IEP Abuso físico	Índice IEP
IEP - Monitoria positiva	Correlação	1	0,643	0,021	-0,193	-0,191	-0,013	-0,397	0,570
	Sig. p (bilateral)		0,062	0,956	0,619	0,622	0,973	0,291	0,109
IEP - Comport. moral	Correlação	0,643	1	0,652	0,373	-0,444	0,163	0,117	0,170
	Sig. p (bilateral)	0,062		0,057	0,322	0,231	0,675	0,765	0,662
IEP - Punição inconsist.	Correlação	0,021	0,652	1	0,803(**)	-0,045	0,268	0,526	-0,500
	Sig. p (bilateral)	0,956	0,057		0,009	0,908	0,485	0,146	0,170
IEP - Negligência	Correlação	-0,193	0,373	0,803(**)	1	0,156	-0,033	0,748(*)	-0,646
	Sig. p (bilateral)	0,619	0,322	0,009		0,688	0,933	0,021	0,060
IEP - Discipl. relaxada	Correlação	-0,191	-0,444	-0,045	0,156	1	0,386	0,317	-0,667(*)
	Sig. p (bilateral)	0,622	0,231	0,908	0,688		0,305	0,406	0,050
IEP - Monitoria negativa	Correlação	-0,013	0,163	0,268	-0,033	0,386	1	0,333	-0,497
	Sig. p (bilateral)	0,973	0,675	0,485	0,933	0,305		0,381	0,174
IEP - Abuso físico	Correlação	-0,397	0,117	0,526	0,748(*)	0,317	0,333	1	-0,815(**)
	Sig. p (bilateral)	0,291	0,765	0,146	0,021	0,406	0,381		0,007
Índice IEP	Correlação	0,570	0,170	-0,500	-0,646	-0,667(*)	-0,497	-0,815(**)	1
	Sig. p (bilateral)	0,109	0,662	0,170	0,060	0,050	0,174	0,007	
PEGS - Autoeficácia	Correlação	-0,530	-0,454	-0,226	-0,423	-0,267	-0,057	-0,307	0,121
	Sig. p (bilateral)	0,142	0,219	0,559	0,256	0,488	0,884	0,421	0,756
SPPC - Comp. cognitiva	Correlação	-0,104	-0,120	-0,381	-0,515	-0,613	-0,344	-0,372	0,561
	Sig. p (bilateral)	0,790	0,759	0,312	0,156	0,079	0,365	0,324	0,116
SPPC - Comp. social	Correlação	0,124	-0,043	-0,485	-0,452	-0,467	-0,216	-0,164	0,512
	Sig. p (bilateral)	0,750	0,912	0,186	0,221	0,205	0,576	0,673	0,159
SPPC - Comp. motora	Correlação	-0,070	-0,313	-0,626	-0,368	-0,283	-0,283	-0,204	0,386
	Sig. p (bilateral)	0,858	0,412	0,071	0,330	0,460	0,460	0,599	0,304
SPPC - Apar. física	Correlação	-0,155	-0,058	-0,269	-0,522	-0,338	0,229	-0,135	0,240
	Sig. p (bilateral)	0,690	0,882	0,484	0,149	0,373	0,553	0,730	0,535
SPPC - Cond. comport.	Correlação	-0,405	-0,152	0,075	0,184	-0,331	-0,585	-0,097	0,092
	Sig. p (bilateral)	0,280	0,696	0,849	0,636	0,385	0,098	0,805	0,815
SPPC - Autoc. global	Correlação	-0,203	-0,100	-0,365	-0,354	-0,564	-0,268	-0,130	0,404
	Sig. p (bilateral)	0,600	0,798	0,334	0,350	0,114	0,485	0,740	0,281

**Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

*Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

ANEXOS

ANEXO A – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS VINCULADAS ÀS ESCOLAS MUNICIPAIS (EM), ESCOLAS ESTADUAIS (EE) E A PRESENÇA DE SALAS DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS (SRM) NESTAS.

Unidade Escolar (UE)	Tem SRM	Crianças DF	Crianças DT
UE1 - EE MANOEL VILAÇA	Sim	1	1
UE2 - EM JUVENAL LAMARTINE	Sim	1	1
UE3 - EM BERILO WANDERLEI	Sim	3	3
UE4 - EE MONSENHOR ALFREDO PEGADO	Sim	1	1
UE5 - EM CARLOS BELO MORENO	Sim	1	1
UE6 - EE AMBULATÓRIO MATHIAS MOREIRA	Não	1	1
UE7 - EE DJALMA ARANHA MARINHO	Sim	2	1
UE8 - EM PROFA. MARIA DALVA GOMES DE BEZERRA	Sim	2	19
UE9 - EE IRMÃ SHEILA	Não	1	1
UE10 - EM MONSENHOR JOAQUIM HONÓRIO	Sim	1	1
UE11 - EE PE. JOÃO MARIA	Não	1	1
UE12 - EE MANOEL DANTAS	Não	1	1
UE13 - EE EURIPEDES BARSANULFO	Não	1	1
UE14 - EE DOM JOSÉ ADELINO DANTAS	Sim	1	1
UE15 - EE ALM. NEWTON BRAGA DE FARIA	Sim	1	1
UE16 - EM SANTOS REIS	Sim	1	1
Total: 16 UE	11	20	36

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UFSCAR.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autoconceito, auto-eficácia e parentalidade: a criança com paralisia cerebral e seus familiares

Pesquisador: ALYNE KALYANE CÂMARA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11409012.6.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Medicina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 166.946

Data da Relatoria: 11/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de doutorado que abordará o autoconceito e a auto-eficácia de crianças com paralisia cerebral, bem como os estilos parentais adotados pelos responsáveis, na percepção das próprias crianças. Será uma pesquisa com caráter descritivo, transversal, analítico, com abordagem quantitativa dos dados por meio de análises estatísticas descritivas, comparativas e correlacionais.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora, considerando a importância que o desenvolvimento da autopercepção e da percepção de competência parece assumir no processo da criança com deficiência ao utilizar suas habilidades nas atividades diárias e como elemento motivacional para a aquisição de novas habilidades funcionais, compreende-se como relevante identificar o modo como estas crianças se percebem em diferentes domínios e as possíveis relações existentes entre os estilos parentais e as crenças autorreferenciadas. Assim, o estudo tem como objetivo identificar associações entre os estilos parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a auto-eficácia de crianças com paralisia cerebral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadoras, os riscos envolvidos na participação na pesquisa, são analisados da seguinte forma: "Não haverá procedimentos invasivos nesta pesquisa, o que já minimiza riscos previsíveis. No entanto, a coleta de dados que consistirá em cuidadores e crianças responderem as

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



perguntas dos instrumentos, devido ao tema abordado (estilos parentais, autoconceito e auto-eficácia da criança), poderá causar algum tipo de constrangimento nos participantes. Contudo, cuidados e esforços serão tomados pela pesquisadora para reduzir esta possibilidade, esclarecendo-se todas as informações referentes ao estudo, sobre a liberdade na escolha de participação ou não, e a possibilidade de se desligar da pesquisa a qualquer momento, inclusive antes, durante ou logo após a etapa de coleta dos dados com o cuidador familiar ou a criança, sem haver prejuízos para ambos". Em relação aos benefícios: "Este estudo é importante para compreender mais sobre o contexto familiar e sua relação com o desenvolvimento do autoconceito e da auto-eficácia na criança com PC. Poderá também ajudar a direcionar ações que considerem amplamente os contextos de desenvolvimento infantil e o julgamento da criança com deficiência sobre si própria".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante social e academicamente. A proposta parte de pesquisadora com experiência prática e de pesquisa junto à população foco do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São adequadamente apresentados a Folha de Rosto, o TCLE e a autorização da instituição co-participante.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando a relevância do tema e a responsabilidade da pesquisadora no que se refere aos aspectos éticos envolvidos em pesquisas junto a seres humanos, recomenda-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



SAO CARLOS, 10 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)