

Motivação para ser compassivo com os filhos e a sua relação com a satisfação parental

Tânia Augusta Araújo da Cunha, N° 37010

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Prof.^a Doutora Ana Xavier

Julho, 2020





Motivação para ser compassivo com os filhos e a sua relação com a satisfação parental

Dissertação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof.^a Ana Xavier.

Departamento de Psicologia e Educação

Julho, 2020



Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu mais sincero e profundo "*Obrigada*" a todos aqueles que, direta ou indiretamente tornaram possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Ana Xavier, agradeço pela imensa dedicação e disponibilidade demonstrada, pela compreensão, incentivo e ainda pela sua capacidade de escuta e o apoio incansável que se revelaram essenciais, permitindo-me um enriquecimento e crescimento pessoal e profissional.

Quero agradecer também às minhas companheiras de Dissertação, pelo apoio e pela partilha ao longo deste ano.

À minha companheira de todas as horas, Bruna, que me motivou sempre a continuar, que me fez, sempre, acreditar que o amanhã seria um dia melhor. Por acreditar sempre em mim e nas minhas capacidades, por todo o seu amor, amizade e apoio.

À minha família: pais, irmãos e Soraia, pelo apoio incondicional, pelo constante encorajamento e preocupação. Por serem o meu suporte, por me ensinarem e motivarem a lutar por aquilo que quero de forma justa. Por tudo o que têm feito por mim e para mim, um enorme obrigada.

Ao meu namorado, companheiro e amigo, por me apoiar, elucidar e ajudar nesta longa caminhada, transmitindo-me sempre força através do seu olhar, sorriso e das suas palavras motivadoras e inspiradoras. Por acreditar sempre em mim e por nunca me deixar desistir, por muito que a caminhada fosse longa e dura, por todo o seu amor e respeito. Por tudo, a minha enorme gratidão!

Um muito obrigada!

Resumo

A presente investigação teve como objetivos gerais estudar a relação entre as motivações compassivas, os objetivos de autoimagem, o stress parental e o sentido de competência parental, bem como o contributo das motivações dos pais para serem compassivos com os filhos, dos objetivos de autoimagem e do stress parental para explicar a satisfação parental. Os participantes neste estudo são 350 pais, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos. O método de amostragem foi não-probabilístico através de “bola de neve” (*snowball*). Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sócio-demográfico, Escala dos objetivos compassivos e de autoimagem (CSIG-P), a Escala de sentido de competência parental (PSOC) e a Escala de stress parental (PSS). Os resultados mostram que as mães reportam níveis mais elevados de preocupações e stress parental do que os pais. Os pais que identificaram a presença de diagnóstico clínico nos filhos reportam níveis mais elevados de preocupações e stress parental e mais baixos de satisfação parental, comparativamente àqueles cujos filhos não têm diagnóstico. O contributo das motivações compassivas e dos objetivos de autoimagem para explicar a satisfação parental foi distinta entre pais com filhos sem e com diagnóstico. Enquanto para os primeiros os melhores preditores foram as preocupações parentais, as motivações compassivas e os objetivos de autoimagem, para os segundos, para além das preocupações parentais, as motivações compassivas mostram um papel expressivo na explicação da sua satisfação parental.

Palavras-Chave: Motivações Compassivas; Objetivos de Autoimagem; Satisfação Parental; Preocupações Parentais.

Abstract

The present investigation had as its general objectives to study the relationship between compassionate motivations, self-image goals, parental stress and the sense of parental competence, as well as the contribution of parents' motivations to be compassionate with their children, self-image goals and of parental stress to explain parental satisfaction. The participants in this study are 350 parents, of both sexes, aged between 20 and 69 years old. The sampling method was non-probabilistic through “snowball” (snowball). The following instruments were used: Socio-demographic questionnaire, Scale of compassionate goals and self-image (CSIG-P), Scale of sense of parental competence (PSOC) and Scale of parental stress (PSS).

The results show that mothers report higher levels of parenting concerns and stress than fathers. Parents who identified the presence of clinical diagnosis in their children report higher levels of parental concerns and stress and lower levels of parental satisfaction, compared to those whose children are not diagnosed. The contribution of compassionate motivations and self-image goals to explain parental satisfaction was different between parents with children with and without a diagnosis. While for the former the best predictors were parental concerns, compassionate motivations and self-image goals, for the latter, in addition to parental concerns, compassionate motivations play an expressive role in explaining their parental satisfaction.

Key words: Compassionate Motivations; Self-image goals; Parental satisfaction; Parental Concerns.

Índice

Introdução	9
Metodologia	17
Descrição dos Participantes	17
Procedimentos	19
Instrumentos	19
Questionário sóciodemográfico.	19
Escala dos objetivos compassivos e de autoimagem	20
Escala de sentido de competência parental	20
Escala de stress parental	21
Análise dos Dados	22
Resultados	23
Análise preliminar dos dados	23
Diferenças nas variáveis em estudo em função do sexo dos pais	25
Diferenças nas variáveis em estudo entre pais com filhos sem diagnóstico clínico versus pais com filhos com diagnóstico clínico	26
Análise de Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo para grupos distintos: Pais com filhos sem diagnóstico clínico versus Pais com filhos com diagnóstico clínico	28
Análises de Regressões Múltiplas Hierárquicas para prever a Satisfação Parental em grupos distintos: Pais com filhos sem diagnóstico clínico versus Pais com filhos com diagnóstico clínico	31
Discussão	32



Referências Bibliográficas	36
(ANEXO 1)	41
(ANEXO 2)	42
(ANEXO 3)	42
(ANEXO 4)	44
(ANEXO 5)	45

Índice de Tabelas

Tabela 1. Médias (M), desvios-padrão (DP) e testes t-Student para as diferenças nas variáveis em função do sexo dos pais	25
Tabela 2. Médias (M), desvios-padrão (DP) e testes t-Student para as diferenças nas variáveis em função da identificação ou não de diagnóstico clínico por parte dos pais.....	27
Tabela 3. Correlações Pearson entre as variáveis idade dos pais, número de filhos, motivações compassivas, objetivos de autoimagem, preocupações parentais, stress parental, eficácia e satisfação parental, para os pais com filhos que não apresentam um diagnóstico clínico.	42
Tabela 4. Correlações Pearson entre as variáveis idade dos pais, número de filhos, motivações compassivas, objetivos de autoimagem, preocupações parentais, stress parental, eficácia e satisfação parental, para os pais com filhos que apresentam um diagnóstico clínico..	43
Tabela 5. Análise de Regressão Múltipla Hierárquica por Blocos para predizer a Satisfação Parental em pais com filhos sem diagnóstico clínico	44
Tabela 6. Análise de Regressão Múltipla Hierárquica por Blocos para predizer a Satisfação Parental em pais com filhos com diagnóstico clínico.....	45

Introdução

Uma das motivações inatas dos seres humanos envolve o cuidar e o ser cuidado, como estratégia evolucionária de auto-sobrevivência da espécie. No entanto, no contexto das relações interpessoais, podem existir diferentes motivações e objetivos (compassivas versus orientadas para a preservação de autoimagem) com impacto distinto no bem-estar psicológico e qualidade da relação. Com o presente estudo pretende-se analisar o efeito das motivações compassivas e dos objetivos de autoimagem no contexto da parentalidade. Na literatura as motivações compassivas e o sentido de competência parental apresentam ainda pouco estudo, daí o mesmo ser pertinente.

Segundo Crocker e Canevello (2008) existem dois tipos de motivações, sendo uma delas direcionada para o próprio e outra para os outros, que podem moldar o desenvolvimento social: as motivações compassivas e os objetivos de autoimagem. Nos objetivos de autoimagem as pessoas adotam objetivos para construir, manter e defender uma imagem pública que reflita o seu self ideal (Crocker & Canevello, 2008; Crocker et al. 2009). Os objetivos de autoimagem tendem a estar associados à elevada excitação emocional, envolvendo emoções como a vergonha, a raiva e a tristeza. Os indivíduos tentam projetar o seu eu mais perfeito para os outros, preocupam-se em validar a sua competência, para que aqueles reconheçam o seu valor, e querem dar a conhecer ao outro o melhor de si para obter reconhecimento e louvor, acabando por influenciar negativamente os relacionamentos, podendo criar uma imagem errada de si próprios. Os indivíduos que adotam objetivos de autoimagem, não têm segurança social, são defensivos, e adotam estes objetivos de forma a evitar rejeição, o que paradoxalmente leva à diminuição da consideração de outros, e diminuição da autoestima e relações menos seguras (Canevello & Crocker, 2011).

Pelo contrário, quando falamos de motivações compassivas, referimo-nos ao apoio dado aos outros. Os indivíduos que adotam estas motivações pretendem criar um ambiente de apoio,

caracterizado por sentimentos de proximidade, conexão e uma diminuição de conflitos. Quando as motivações são mais compassivas, os indivíduos dão cada vez menos importância à forma como os outros o vêem, procuram desenvolver as suas competências sociais e dão mais importância ao bem-estar dos outros e isso permite melhorar as relações interpessoais, potenciando um aumento de bem-estar (Niiya, Crocker, & Mischkowski, 2012). Os indivíduos com motivações compassivas manifestam preocupação com o bem-estar do outro independentemente das características que o outro possa possuir. Os efeitos positivos da compaixão, que os indivíduos com motivações compassivas possuem, podem ser influenciados negativamente, quando estes são influenciados pelos objetivos de autoimagem, uma vez que estes, são focados na construção de uma imagem desejada (Crocker & Canevello, 2008).

As motivações compassivas e os objetivos de autoimagem distinguem-se quanto ao seu foco, natureza e impacto na relação interpessoal, embora sejam construtos teoricamente relacionados (Crocker & Canevello, 2008; Lopes, 2014). Dado que o ser humano tem uma motivação inata para estabelecer e manter relações sociais, que dão vantagens evolutivas (e.g., formação de aliados, competição por recursos, proteção, reprodução), os indivíduos são sensíveis à forma como os outros os vêem, pelo que uma possível rejeição coloca o indivíduo em risco de rejeição social (Lopes, 2014; Gilbert, 2005). Esta sensibilidade permite guiar os indivíduos de modo a moldarem o seu comportamento mais aceitável socialmente, construindo uma imagem “aos olhos dos outros” mais desejável e favorável. Assim, se, por um lado, pode haver objetivos no sentido de preservar a imagem ideal do eu (*self*), por outro lado, o ser humano também é inerentemente motivado para cuidar dos outros e ser compassivo. De facto, vários estudos encontram uma correlação positiva, embora baixa, entre os objetivos de autoimagem e as motivações compassivas (Lopes, 2014; Crocker & Canevello, 2012). No entanto, quando se analisam as associações entre estes dois construtos e outros indicadores psicológicos positivos e negativos, verifica-se, por exemplo, que as motivações compassivas

estão associadas a conexão social, níveis mais elevados de sensibilidade e ainda a níveis mais baixo de conflitos (Crocker & Canevello, 2008), enquanto os objetivos de autoimagem relacionam-se a egocentrismo, ansiedade social e solidão (Crocker & Canevello, 2008).

A motivação para ser compassivo na parentalidade tem como contributo melhorar o bem-estar e as relações familiares (Canevello & Crocker, 2011), demonstrando o desejo de se sentir útil, não prejudicar os outros, o que leva a um aumento da autoestima e consideração pelos outros (Crocker & Canevello, 2008; Crocker et al 2009). Com isto, visa ainda promover emoções positivas neles próprios enquanto pais e nos outros. Já no que concerne aos objetivos da autoimagem, estes podem contribuir para o sofrimento psicológico, tanto diretamente como indiretamente. Isto, deve-se ao seu impacto negativo nos relacionamentos, o que pode conduzir a sentimentos de ansiedade e à depressão. De facto, foi demonstrado que os objetivos de autoimagem estão associados a maiores níveis de ansiedade, sentimentos de solidão, stress, medo e confusão (Erickson et al., 2018; Crocker & Canevello, 2008). Isto pode acontecer quando os indivíduos sentem que não estão a conseguir criar uma imagem desejável de si próprios na mente dos outros (Crocker, 2011 cit in Lopes, 2014) e quando percebem as suas necessidades como não atendidas pelos outros (Lopes, 2014).

Em contrapartida, as motivações compassivas, de acordo com vários estudos, estão associadas a um aumento da autoestima e de consideração dos outros (Canevello & Crocker, 2011) e a emoções positivas, como sentir facilidade na conexão com os outros (Canevello & Crocker, 2017). Isto porque estes indivíduos sentem-se satisfeitos consigo próprios, pelo simples facto de se sentirem úteis ao ajudar os outros, e com isto, receberão de volta a ajuda prestada aos outros (Canevello & Crocker, 2010). As motivações compassivas na parentalidade estão associadas a respostas emocionais mais positivas, tais como, a calma e a empatia; e inversamente a emoções como a frustração e a raiva (Kirby & Baldwin, 2018 cit in Kirby, Grzazek, & Gilbert, 2019). Conti (2015) mostrou que pais que se envolvem em objetivos

parentais focados na compaixão, tendem a sentir maior satisfação familiar e a avaliar a sua vida como mais significativa, promovendo o suporte e o crescimento da relação pais-filhos.

A parentalidade pode ser definida como o conjunto dos comportamentos, emoções e cognições ou representações que os pais dirigem à criança, de forma a construir um contexto adequado ao seu bem-estar e desenvolvimento físico, psicológico e sócio-cultural (Figueiredo, 2005). Segundo Pires (2001) citado por Pinto (2015), a parentalidade é um desafio difícil e complexo e também um dos mais importantes da experiência humana. Enquanto adultos, ao longo da vida somos confrontados com um conjunto de mudanças significativas, tal como a saída de casa dos pais, o início da partilha da vida com outra pessoa, o primeiro emprego. Mas de todas as transições uma das que se destaca mais é a transição para a parentalidade. Transmite um sentido de continuidade e responde a uma expectativa social relacionada com os papéis da idade adulta (Pinto, 2015).

Para Cruz (2013) citado por Pinto (2015) a transição para a parentalidade tem uma especificidade, é a sua irreversibilidade, tornando-se numa condição permanente e em constante mutação. Para este autor a parentalidade é um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível, socorrendo-se aos recursos na família e na comunidade. Segundo Zigler (1995) citado por Pinto (2015) a parentalidade é encarada como “a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta” (Cruz, 2013, p.14 cit in Pinto, 2015).

A transição para a parentalidade deve ser vista como um acontecimento normativo e previsível na vida de um casal, o que por vezes devido à necessidade de reorganização e adaptação a este processo tal não acontece, e este acontecimento é vivido como um momento de crise e stress. O que devia ser considerado normal no ciclo de vida de uma família, pode tornar-se numa fonte de stress, pois há uma exigência de cuidados, uma reorganização individual, conjugal, familiar, profissional e social com a chegada de uma criança (Moura-

Ramos & Canavarro, 2007 cit in Moreira, 2015). Os progenitores estão sujeitos a desafios no dia-a-dia e a exigências que a prestação de cuidados necessita que pode originar stress. O stress pode surgir face a uma mudança para qual o indivíduo tenha dúvida ou quando este receia que as suas competências não estejam à altura (Pinto et al., 2005).

Com efeito, a forma como os pais percecionam as suas competências para lidar com os desafios da parentalidade pode influenciar a sua experiência quer interna quer externa na relação com os seus filhos. Os pais que confiam nas suas capacidades para lidar com os filhos são mais calorosos, mais recetivos em relação à criança (Gondoli & Silverberg, 1997 cit in Deković et al., 2010), são menos rigorosos, hostis, inconsistentes e intrusivos (Sanders & Woolley 2005) e tendem a percecionar os seus filhos como menos difíceis (Coleman & Karraker, 2003 cit in Deković et al., 2010). Já os pais que não têm um sentido de competência parental positivo, não só mostram uma parentalidade menos adequada, como também tendem a afastar-se das interações com a criança (Coleman & Karraker 1998 cit in Deković et al., 2010).

Cunningham (2007) citado por Podolski e Nigg (2001) descobriram que pais e mães que percecionam de forma positiva o comportamento dos seus filhos, ou seja, que definem o comportamento dos seus filhos apenas como um acontecimento de vida, relataram menor stress do que os pais que usam essas estratégias com menos frequência (Cunningham, 2007). Por outro lado, existem estudos que constataam que os pais de crianças diagnosticadas com incapacidade intelectual apresentam níveis mais elevados de stress do que os pais de crianças com um desenvolvimento normativo (Phillips, 2017 cit in Baxter, Cummins, & Yiolitis, 2000; Hauser-Cram, Warfield, Shonkoss, & Krauss, 2001; Norlin & Broberg, 2013; Oelofsen & Richardson, 2006). De acordo com vários autores, grande parte do stress no contexto da parentalidade advém de experiências de dificuldades crescentes no comportamento da criança (Hodapp, Fidler & Smith, 1998; Konstantareas & Homatidis, 1989; Orr, Cameron, Dobson, & Day, 1993; Quine & Pahl, 1985, 1991; Sloper, Knussen, Turner & Cunningham, 1991; Stores,

Stores, Fellows, & Buckley, 1998), maiores pedidos de prestação de cuidados (Crnic, Friedrich e Greenberg, 1983; Plant & Sanders, 2007), aumento dos encargos financeiros (Parish, Seltzer Greenberg & Floyd, 2004; Quine & Pahl, 1985, 1991) e interações negativas com profissionais e sistemas escolares (Blacher & Hatton, 2007). Por exemplo, atividades diárias aparentemente simples (e.g., higiene, alimentação, sono) são relatadas como eventos altamente stressantes para os pais de crianças diagnosticadas com incapacidade intelectual (Plant & Sanders, 2007 cit in Phillips, 2014). Desta forma, níveis mais elevados de stress são relatados quando as tarefas de prestação de cuidados se tornam difíceis, quando o comportamento da criança é problemático, a incapacidade é elevada e existe pouco apoio da família, amigos ou profissionais (Phillips, 2014).

O modelo proposto por Mash e Johnston (1990) afirma que as características ambientais (e.g. acontecimentos de vida, suporte social), parentais (e.g. auto-eficácia parental, autoestima) e da criança (e.g. sintomas de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção ou outras patologias, comportamentos desafiantes), têm um impacto direto no stress parental. Esta relação é bi-direcional e os fatores relacionados com a figura parental podem ser mediadores entre os restantes determinantes (Mash & Johnston, 1990 cit in Moreira, 2010). Parece, assim, que o stress parental é influenciado por uma interação recíproca entre as características individuais da criança e as práticas parentais inconsistentes, que amplifica a perceção dos pais acerca da sua incapacidade para lidar com os comportamentos dos filhos e conseqüentemente maiores níveis de stress nos pais (Coyne & Murrell, 2009).

No que concerne à estrutura familiar, o nível de stress é semelhante, quer em famílias monoparentais, quer em famílias nucleares. Contudo, nas famílias em que as crianças manifestam comportamentos externalizantes, o nível de stress é mais elevado nas famílias monoparentais, comparativamente com as mães que vivem com o cônjuge (Ethier & Frenière. 1993 cit in Moreira, 2010). No que refere ao estado cívil e à idade das figuras parentais, estudos

realizados verificaram que as mães solteiras de filhos com perturbações severas, estão sujeitas a maiores níveis de stress, necessitando de maior suporte social do que as mães casadas (Reyes-Blanes, Correa, & Bailey, 1999; Trivette & Dunst, 1992 cit in Moreira, 2010). Relativamente à idade, Pereira (1996) refere que os progenitores mais jovens revelam níveis mais elevados de stress, quando existe uma patologia na criança (Moreira, 2010). Segundo Dickie (1987), os pais relatam menores níveis de stress do que as mães, uma vez que admitem que as mães sofrem maiores perturbações no seu quotidiano a vários níveis, como no sono, tempo de lazer, relacionamento sexual, tempo com os amigos e tempo com o companheiro, visto que elas se encontram física e psicologicamente mais envolvidas na transição para a parentalidade do que os pais (Moura-Ramos & Canavarro, 2007).

Apesar das diferenças nos níveis de stress entre pais e mães e todos os desafios que a parentalidade engloba, na literatura tem sido apontado o construto de sentido de competência parental como uma variável importante na compreensão das cognições parentais. O sentido de competência parental tem sido dividido em duas componentes diferentes, mas associadas, nomeadamente: o sentimento de autoeficácia percebida e a satisfação parental (Ohan, Leung, & Johnson, 2000). A autoeficácia diz respeito à “avaliação individual que cada indivíduo faz acerca das suas capacidades e competências enquanto pai ou mãe para desempenhar o seu papel e as dificuldades que acarreta” (Johnson & Mash, 1989 cit in. Seabra et al. 2015, p. 98). A autoeficácia envolve assim as cognições, perceções e expectativas que cada pai ou mãe tem acerca das suas competências no seu papel parental e sobre a forma como podem influenciar os comportamentos e desenvolvimento dos filhos (Coleman & Karraker, 2000; Jones & Prinz, 2005; Seabra et al., 2015). A satisfação parental diz respeito à experiência emocional subjetiva que os pais sentem acerca das suas responsabilidades parentais e o que estas representam para si (Johnston & Mash, 1989; Sabatelli & Waldron, 1995; Seabra et al., 2015).

Vários estudos conduzidos em amostras da população geral mostram que os pais tendem a reportar níveis mais elevados de satisfação parental do que as mães (Gilmore & Cuskelly, 2008; Johnston & Mash, 1987; Rogers & Mathews, 2004), enquanto estas tendem a reportar níveis mais elevados na autoeficácia do que os pais (Gilmore & Cuskelly, 2008; Seabra et al., 2015). Estudos realizados com mães/pais com filhos com perturbações do neurodesenvolvimento (e.g., Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção - PHDA) mostram que estes pais não confiam nas suas competências parentais e estão menos satisfeitos com o seu desempenho enquanto pais comparativamente a pais com crianças sem diagnóstico clínico (Cunningham, 2007). Outro estudo realizado com mães/pais com filhos diagnosticados com Perturbação do Espectro do Autismo mostrou que as motivações compassivas estão associadas a níveis mais elevados de sentimento de competência parental e com o bem-estar, enquanto que os objetivos de autoimagem estão associadas a níveis mais baixos de sentimentos de competência parental e um aumento dos níveis de stress (Watson, 2013, cit in Conti, 2015).

A presente investigação tem como objetivos gerais estudar a relação entre as motivações compassivas, os objetivos de autoimagem, o stress parental e o sentido de competência parental, bem como o contributo das motivações dos pais para serem compassivos com os filhos, dos objetivos de autoimagem e do stress parental para explicar a satisfação parental.

Neste sentido, para este estudo foram formulados os seguintes objetivos específicos: estudar as diferenças de sexo as variáveis em estudo; estudar as diferenças nas variáveis em estudo em função da presença ou não de diagnóstico nos filhos; estudar a relação entre as motivações compassivas, os objetivos de autoimagem, o stress parental e o sentido de competência parental (eficácia e satisfação parental); e, por fim, estudar o contributo da motivação para ser compassivo, dos objetivos de autoimagem e das preocupações parentais para explicar a satisfação parental.

O estudo procurou testar as seguintes hipóteses de investigação, as quais foram formuladas com base na revisão de literatura efetuada. Prevê-se que níveis mais elevados de motivações compassivas estejam associados a níveis mais elevados de sentido de competência parental e a níveis mais baixos de stress parental. Prevê-se ainda que níveis mais elevados de autoimagem estejam correlacionados a níveis mais baixos de sentido competência parental e níveis mais elevados de stress parental. Prevê-se também obter diferenças estatisticamente significativas entre sexos nos níveis de motivações compassivas, especificamente as mulheres a apresentar níveis mais elevados de motivações compassivas do que os homens. Espera-se não encontrar diferenças significativas entre sexos nos níveis de objetivos de autoimagem. Espera-se obter diferenças estatisticamente significativas entre os sexos na Escala do Sentido de Competência Parental, especificamente com os pais a obter pontuações mais elevadas nas subescalas satisfação do que as mães e, estes resultados mais elevados na subescala eficácia do que os pais. Espera-se obter diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nos níveis de stress parental, especificamente com as mães a obterem pontuações mais elevadas do que os pais. Prevê-se que as motivações compassivas sejam o preditor mais robusto para explicar a satisfação parental.

Metodologia

Descrição dos Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 350 participantes, sendo 48 do sexo masculino (13.7%) e 302 do sexo feminino (86.3%). A idade dos pais está compreendida entre os 20 e os 69 anos ($M = 40.08$; $DP = 7.9$), sendo que 7 participantes não responderam à idade no questionário online. Não existem diferenças estatisticamente significativas na idade em função do sexo feminino e masculino, $t(341) = -1.535$, $p = .126$.

Quanto ao estado cívil, 276 indivíduos são casados/ união de facto (78.9%), 38 encontram-se divorciados/separados (10.9%), 32 são solteiros (9.1%), e por fim, 4 são viúvos (1.1%). No que concerne ao nível socioeconómico, 197 pais (56.3%) estão inseridos no nível socioeconómico elevado, 64 pais (18.3%) encontram-se no nível socioeconómico médio, 53 pais (15.1%) pertencem ao nível socioeconómico baixo, 35 pais (10.0%) estão desempregados e por fim, 1 participante (0.3%) ainda é estudante. Quanto ao número de filhos 180 participantes (51.4%) tem apenas um filho, 125 participantes (35.7%) tem dois filhos, 39 indivíduos (11.1%) tem três filhos, 5 participantes (1.4%) dos participantes tem quatro filhos e, por fim, apenas 1 participante (0.3%) tem cinco filhos.

Em relação a preocupações atuais sobre o desenvolvimento emocional, o comportamento e relações sociais do(a)/os(as) seu(sua)/ seu(suas) filho (a)/s, 208 participantes (59.4%) apresentam preocupações e 142 participantes (40.6%) não apresentam preocupações. Quando questionados se o(s)/a(s) filho (os/as) apresentam algum diagnóstico clínico, 239 participantes (68.3%) responderam que não e, por fim, 111 indivíduos (31.7%) afirmam que os filhos apresentam um diagnóstico clínico. No que refere aos pais com filhos sem diagnóstico clínico, 33 dos participantes (13.8%) são do sexo masculino e 206 dos participantes (86.2%) são do sexo feminino. No que concerne aos pais com filhos com diagnóstico clínico, 15 dos participantes (33.5%) são do sexo masculino e 96 dos participantes (86.5%) são do sexo feminino. Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à distribuição dos sexos masculino e feminino por filhos com e sem diagnóstico clínico, $\chi^2(1) = .006$; $p = .941$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na idade, $t(341) = -2.321$, $p = .021$, entre pais cujos filhos não apresentam diagnóstico clínico ($M = 39.43$; $DP = 7.92$) e pais cujos filhos apresentam um diagnóstico clínico ($M = 41.57$; $DP = 7.79$). Os pais e mães

que têm filhos com diagnóstico clínico apresentam mais idade do que os pais com filhos que não têm diagnóstico clínico.

Procedimentos

Este projeto trata-se de um estudo quantitativo com um desenho transversal. A recolha da amostra realizou-se através de uma divulgação online, pelas redes sociais e através de questionários entregues em formato papel em redes públicas, clínicas, escolas, centros de estudos, entre outros. O método de amostragem foi não-probabilístico através de uma amostragem “bola de neve” (*snowball*). Para a realização do estudo foram cumpridos os procedimentos éticos necessários. Foi elaborado um consentimento informado (cf. Anexo 1) que introduz o protocolo de questionários, sendo que a participação dos sujeitos foi voluntária, anónima e confidencial. Os participantes que cumprissem os critérios de inclusão foram convidados a responder aos questionários: pais com idade superior a 18 anos, e ter experienciado o papel parental. A recolha dos dados foi feita através do formato online e em papel, de 12 de novembro de 2019 a 3 de março de 2020. Os questionários online foram elaborados no Google Forms. Primeiro, foi iniciada a recolha via online, contudo, a meados de dezembro, devido à pouca adesão dos participantes, decidimos distribuir questionários em formato papel, mantendo ainda a plataforma online em divulgação. A recolha em papel decorreu dentro do mesmo período do que o formato online, mas foi uma estratégia para obtermos mais dados.

Instrumentos

Questionário sóciodemográfico. Para a recolha de informação sociodemográfica utilizou-se um questionário sociodemográfico, desenvolvido no âmbito do presente estudo, que pretendia obter informação acerca das características sociodemográficas dos participantes (pais/mães), tais como sexo, idade, estado cívil, habilitações literárias, situação profissional, entre outros; e,

obter informações relativas aos filhos, tais como: número de filhos, idade dos mesmos, se apresentam ou não algum diagnóstico clínico, entre outros.

Escala dos objetivos compassivos e de autoimagem (*Compassionate and Self-Image Goals - CSIG*; Crocker & Canevello, 2008; Versão em Português de Pinto-Gouveia, Duarte & Lopes, 2014), tem duas escalas, uma focada nestas motivações para as relações de amizade (13 itens) e outra focada para a relação com o parceiro amoroso (16 itens). Esta segunda escala foi traduzida para português e adaptada para o contexto da relação entre pais e filhos por Xavier e Palmeira (2019). A escala começa com a frase “Na semana passada, no meu relacionamento com o(s) meu(s) filho(s), eu queria/tentei...,” seguida por 16 itens. Dos quais, 9 itens medem motivações compassivas de sensibilidade genuína para com o bem-estar dos outros (e.g., “Ter compaixão (aceitar, tolerar, compreender) pelos erros e falhas do(a) seu(sua) filho(a)”) e 7 itens que avaliam os objetivos de autoimagem, isto é, a preocupação em construir e manter uma imagem desejável do eu (por exemplo, “Evito mostrar as minhas fraquezas”). Os participantes respondem aos itens de acordo com uma escala de Likert de cinco pontos, de 1 (nada) a 5 (extremamente), sendo que, valores elevados indicam níveis mais elevados nas subescalas Motivações Compassivas e Objetivos de Autoimagem. No estudo original as consistências internas foram elevadas quer para as motivações compassivas ($\alpha = .84$), quer para os objetivos de autoimagem ($\alpha = .80$). No presente estudo, as consistências internas através do alfa de Cronbach foram adequadas quer para as motivações compassivas ($\alpha = .87$), quer para os objetivos de autoimagem ($\alpha = .79$).

Escala de sentido de competência parental (*Parenting Sense of Competence scale - PSOC*); Johnston & Mash, 1989; Tradução e adaptação portuguesa de Seabra-Santos & Pimentel, 2007), é constituída por 17 itens e avalia as atitudes e sentimentos relacionados com a parentalidade. Esta escala é composta por duas subescalas: Satisfação Parental (9 itens) e Eficácia Parental (7 itens). A primeira avalia o carácter afetivo, que reflete por um lado a frustração e a ansiedade

dos pais e a motivação para o papel parental (e.g., “Ainda que ser mãe/pai possa ser recompensador noutras ocasiões, com a idade que o meu filho (a minha filha) tem actualmente, sinto-me frustrada/o”). Já a segunda é caracterizada como uma dimensão instrumental, traduzindo o grau em que os pais se sentem eficazes, capazes de resolver problemas e estão familiarizados com a parentalidade (e.g. Ser mãe/pai está dentro das minhas possibilidades e qualquer problema que surja facilmente se resolve”). Os participantes respondem aos itens de acordo com uma escala de Likert de cinco pontos, de 1 (concordo plenamente) a 5 (discordo totalmente), sendo que, valores elevados indicam níveis mais baixos de satisfação e eficácia parental. A escala original revela boas qualidades psicométricas no que respeita à consistência interna, medida através do alfa de Cronbach (.75 para o fator Satisfação; .76 para o fator Eficácia). Os valores da consistência interna no presente estudo são adequados: $\alpha = .79$ e $.75$, respectivamente para as subescalas de Satisfação e Eficácia.

Escala de stress parental (*Parental Stress Scale - PSS*); Berry & Jones, 1995; Tradução e adaptação portuguesa de Leal & Marôco, 2010) é uma escala constituída por 17 itens, que pretende medir níveis de stress experienciados pelos pais. Inicia-se com a frase “Estou contente no meu papel de pai (mãe)”. São abordados temas que incluem a proximidade com a criança, a satisfação parental, emoções positivas e negativas relacionadas com a parentalidade e as dificuldades associadas. A Estrutura da Escala de Stress Parental apresenta-se dividida em 4 fatores: o fator 1 corresponde à dimensão das Preocupações Parentais, o fator 2 corresponde à dimensão, o fator 3 corresponde à dimensão Falta de Controlo, e por fim, o Fator 4 corresponde à dimensão Medos e Angústias. Nesta Escala, os pais têm de responder se concordam ou se discordam de cada item de acordo com uma escala de tipo Likert, com base na relação que estabelecem com o(s) filho(s), atribuindo dessa forma a cada item uma pontuação de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), sendo que, valores elevados, indicam níveis mais elevados de stress parental. Na versão original a escala demonstrou uma consistência interna

elevada, $\alpha = .83$. No presente estudo, foi encontrada uma consistência interna boa ($\alpha = .76$) para a escala total e para a subescala Preocupações Parentais ($\alpha = .73$). Para as subescalas Satisfação e Medos e Angústias, respetivamente, foi encontrada uma consistência interna inadequada ($\alpha = .60$ e $\alpha = .63$). Deste modo, apenas a escala total e a subescala Preocupações Parentais foram utilizadas para o nosso estudo, uma vez que, apenas estas têm uma consistência interna boa.

Análise dos Dados

O tratamento estatístico dos dados foi feito com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23 para *Windows*. Os dados foram inspecionados em relação aos valores omissos e verificou-se que estes ocorreram de forma aleatória, não ultrapassando os 5% de ocorrência e não interferem com as nossas análises.

As consistências internas foram analisadas para todos os instrumentos com recurso ao cálculo de coeficientes alpha de Cronbach. Relativamente aos pontos de referência para as consistências internas, será referenciado o autor Nunnally (1978). Este autor considera que um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o α é pelo menos 0.70.

Para avaliar os Pressupostos da Normalidade da distribuição dos dados foram realizados testes Kolmogorov-Smirnov para todas as variáveis. O teste de normalidade, teve como principal objetivo testar e certificar se as variáveis possuem distribuição normal. Quando este pressuposto está comprometido, complementou-se a análise com a verificação dos valores de assimetria e curtose. Quanto aos valores de referência, para a assimetria (Sk) e curtose (Ku), será referenciado Kline (2005), que refere que os valores recomendados de assimetria e curtose são <3 e <8 , respetivamente.

Para avaliar as diferenças nas variáveis em estudo em função do sexo, do tipo de preenchimento e da presença versus ausência de diagnóstico clínico nos filhos, foram realizados Testes t de Student para amostras independentes. As diferenças nas variáveis em estudo entre

pais com filhos sem diagnóstico e entre pais com filhos com diagnóstico não foram antecipadas. Contudo, quando verificadas, passámos a fazer estas análises separadamente. No que se refere à análise da medida do efeito, serão tidos em conta os seguintes valores recomendados por Cohen (1988): > 0.01 trata-se de um efeito pequeno, > 0.06 efeito médio, > 0.14 efeito grande. Para explorar a relação entre as variáveis em estudo foram realizadas correlações de Pearson, tendo em conta os valores de referência de Pestana e Gageiro (2014), sendo estes: $r < 0.2$ Muito fraca; $0.2 \leq r < 0.4$ Fraca; $0.4 \leq r < 0,7$ Moderada; $0.7 \leq r < 0.9$ Elevada; $0.9 \leq r \leq 1$ Muito elevada. E por fim, foram realizadas Regressões Múltiplas Hierárquicas para explorar o contributo das variáveis preditoras Motivações Compassivas, Objetivos de Autoimagem e Preocupações Parentais para predizer a variável dependente satisfação parental. No que concerne aos pressupostos da Regressão Múltipla Hierárquica analisaram-se os pressuposto da multicolineariedade, através da análise dos valores recomendados para o fator de inflação de variância ($VIF < 5$) e tolerância ($> .02$) (Field, 2013). Em relação ao pressuposto da independência dos resíduos, os valores de Durbin-Watson devem ser entre 1 e 2 (Field, 2013).

Resultados

Análise preliminar dos dados

Os resultados em relação à análise dos pressupostos da normalidade indicam que, para ambos os sexos, na subescala Objetivos de Autoimagem, quer para o sexo masculino, K-S (48) = 0.170, $p = .001$, quer para o sexo feminino, K-S (296) = 0.058, $p = .019$, verifica-se que os dados não seguem a distribuição normal. O mesmo se verifica na escala stress parental, quer para os homens, K-S (48) = 0.130, $p = .041$, quer para as mulheres, K-S (300) = 0.081, $p < .001$. Na subescala preocupações parentais, os resultados também indicam que quer para os homens, K-S (48) = 0.191, $p < .001$, quer para as mulheres, K-S (300) = 0.108, $p < .001$, os dados não seguem a distribuição normal. Por sua vez, para o sexo feminino, na subescala motivações

compassivas, $K-S (296) = 0.106, p < .001$, na subescala eficácia, $K-S (299) = 0.092, p < .001$ e na subescala satisfação, $K-S (299) = 0.100, p < .001$, os dados não cumprem o pressuposto da normalidade. Desta forma, foram verificados os resultados de assimetria e kurtose os quais se encontram dentro dos valores recomendados por Kline (2005), $Sk < 3$ e $Ku < 8$, o que indica que não representam um enviesamento sério ou comprometedor à distribuição normal. Em relação às restantes variáveis o pressuposto da normalidade encontra-se cumprido.

Uma vez que os dados foram recolhidos através de dois métodos diferentes, procedeu-se à análise de diferenças nas médias das variáveis em estudo, em função do tipo de preenchimento (online versus papel). Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas nas preocupações parentais, $t (323.10) = 4.73, p < .001$ e no stress parental, $t (322.03) = 4.79, p < .001$ em função do tipo de preenchimento. Especificamente, os pais que responderam online apresentam níveis mais elevados de perceção de eficácia ($M = 3.65; DP = 0.67$ versus $M = 3.78; DP = 0.56$), de preocupações parentais ($M = 1.34; DP = 0.87$ versus $M = .95; DP = 0.66$) e de stress parental ($M = 2.03; DP = 0.47$ versus $M = 1.82; DP = 0.36$) do que os pais que responderam no formato papel e lápis. No que concerne às restantes variáveis (motivações compassivas, objetivos de autoimagem e satisfação), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de preenchimento.

Em relação ao pressuposto associado aos testes t para amostras independentes, os resultados do pressuposto da homogeneidade da variância, através do Teste de Levene, indicam que o pressuposto não está cumprido na subescala motivações compassivas, $F_{(99.24)} = 11.41, p = .001$, na subescala objetivos de autoimagem, $F_{(57.58)} = 5.43, p = .020$, na escala stress total $F_{(82.66)} = 7.86, p = .005$, na subescala preocupações parentais, $F_{(86.21)} = 11.75, p = .001$. Em relação às restantes variáveis o pressuposto da homogeneidade das variáveis encontra-se cumprido.

Em relação aos pressupostos das Regressões Múltiplas a multicolinearidade foi examinada através da inspeção do fator de inflação de tolerância e variância ($VIF < 5$) e não foi encontrada multicolinearidade e singularidade entre as variáveis (Field, 2013). O pressuposto da independência dos erros analisados através dos valores de Durbin-Watson não foi violado (os valores de Durbin Watson devem ser entre 1 e 2; Field, 2013).

Diferenças nas variáveis em estudo em função do sexo dos pais

Procedeu-se à análise de diferenças nas médias das variáveis em estudo, em função do sexo dos pais. Assim sendo, e tal como apresentado na Tabela 1, no que concerne às preocupações parentais, existem diferenças estatisticamente significativas, com um tamanho do efeito grande. Assim sendo, as mulheres apresentam níveis mais elevados de preocupações parentais do que os pais. O mesmo se verifica nos níveis de stress parental, pode-se afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de stress entre mães e pais, apresentando um tamanho do efeito fraco. As mães apresentam níveis mais elevados de stress do que os pais. No que concerne às restantes variáveis (motivações compassivas, objetivos de autoimagem, eficácia e satisfação), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 1. Médias (*M*), desvios-padrão (*DP*) para a amostra total e para os sexos e testes *t*-Student para as diferenças nas variáveis em função do sexo dos pais ($N = 348$)

Variáveis	Total (n = 350)		Mães (n = 300)		Pais (n = 48)		t(gl)	ϵ^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Motivações Compassivas	4.13	0.64	4.13	0.68	4.13	0.39	-.143(99.24)	-

Objetivos de	3.06	0.77	3.05	0.74	3.13	0.91	.588(7.58)	-
Autoimagem								
Eficácia	3.70	0.63	3.70	0.64	3.71	0.61	.113(347)	-
Satisfação	3.58	0.69	3.57	0.71	3.59	0.56	.112(348)	-
Preocupações	1.20	0.82	1.25	0.84	.86	0.55	-	0.17
Parentais							4.18(86.21)***	
Stress	1.95	0.45	1.99	.455	1.75	0.313	-4.47(82.66)**	0.05
Parental								

Nota. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Diferenças nas variáveis em estudo entre pais com filhos sem diagnóstico clínico versus pais com filhos com diagnóstico clínico

Procedeu-se à análise das diferenças nas médias das variáveis em estudo, em função de os filhos terem ou não terem diagnóstico clínico de acordo com a perspetiva dos pais. Assim sendo, e como apresentado na Tabela 2, em relação à satisfação parental existem diferenças estatisticamente significativas, com um tamanho do efeito fraco, sendo que os pais com filhos sem diagnóstico clínico apresentam níveis mais elevados de satisfação parental do que os pais com filhos com diagnóstico clínico. Em relação às preocupações parentais existem diferenças estatisticamente significativas, com um tamanho do efeito grande, especificamente os pais com filhos com diagnóstico clínico apresentam níveis mais elevados de preocupações parentais do que os pais com filhos sem diagnóstico clínico. No que concerne ao stress parental, existem diferenças estatisticamente significativas, com um tamanho do efeito fraco, especificamente pais com filhos com diagnóstico clínico apresentam níveis mais elevados de stress parental, do que pais com filhos sem diagnóstico clínico. No que concerne às restantes variáveis (motivações

compassivas, objetivos de autoimagem e eficácia) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tendo em conta estes resultados, ou seja, uma vez que se verificou que existem diferenças estatisticamente significativas na variável dependente, os resultados a partir daqui, serão analisados por grupos distintos. Os grupos serão: pais que não identificaram diagnóstico clínico nos filhos e pais que identificaram diagnóstico clínico nos filhos.

Tabela 2. Médias (*M*), desvios-padrão (*DP*) e testes *t*-Student para as diferenças nas variáveis em função da identificação ou não de diagnóstico clínico por parte dos pais

Variáveis	Sim (n = 239)		Não (n = 111)		t(gl)	ϵ^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Motivações	4.17	0.61	4.12	0.66	-.75(346)	-
Compassivas						
Objetivos de	3.07	0.77	3.03	0.76	.44(343)	-
Autoimagem						
Eficácia	3.67	0.66	3.71	0.63	.541(347)	-
Satisfação	3.42	0.69	3.65	0.68	.286(348)*	0.00
Preocupações	1.44	0.94	1.09	0.73	-3.50(175.22)***	0.34
Parentais						
Stress	2.09	0.53	1.89	0.39	-3.53(167.99)***	0.35
Parental						

Nota. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Análise de Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo para grupos distintos:**Pais com filhos sem diagnóstico clínico versus Pais com filhos com diagnóstico clínico**

Tendo em conta os resultados obtidos uma vez que se verificou que existem diferenças estatisticamente significativas na variável dependente, as correlações serão realizadas por grupos distintos. Os grupos serão: pais que não identificaram diagnóstico clínico nos filhos e pais que identificaram diagnóstico clínico nos filhos.

No Anexo 2 apresentam-se os coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis idade dos pais, número de filhos, motivações compassivas, objetivos de autoimagem, eficácia e satisfação parental, preocupações parentais, stress parental, para os pais com filhos que não apresentam um diagnóstico clínico.

Os resultados mostram que a idade dos pais apenas está significativa e negativamente associada, de magnitude baixa, aos objetivos de autoimagem ($r = -.16, p = .014$). O número de filhos não apresenta correlações estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis em estudo.

Entre as motivações compassivas e os objetivos de autoimagem, verifica-se que existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva, de magnitude baixa ($r = .32, p < .01$), o mesmo se verifica entre as motivações compassivas e a satisfação parental ($r = .37, p < .01$). Ou seja, pais cujos filhos não têm um diagnóstico clínico e que apresentam níveis mais elevados de motivações compassivas, revelam ter níveis mais elevados de objetivos de autoimagem e níveis mais elevados de satisfação parental. Os resultados indicam também que existe uma correlação estatisticamente significativa, de magnitude muito baixa, mas positiva ($r = .14, p < .01$) entre as motivações compassivas e a eficácia. Isto indica-nos que, pais mais compassivos possuem níveis mais elevados de eficácia. Os resultados indicam que as motivações

compassivas correlacionam-se negativamente de magnitude baixa com as preocupações parentais ($r = -.13, p < .05$).

Entre os objetivos de autoimagem e a eficácia parental, pode-se afirmar que existe uma correlação estatisticamente significativa, de magnitude muito baixa, mas positiva ($r = .13, p < .13$). Em relação aos objetivos de autoimagem e à satisfação, verifica-se uma correlação muito baixa negativa e significativa ($r = -.14, p < .01$). Isto indica-nos que, pais que possuem objetivos de autoimagem, possuem níveis mais elevados de eficácia e menores níveis de satisfação parental. Os resultados indicam que, os objetivos de autoimagem, não se correlaciona com as preocupações parentais, nem com o stress.

Entre a eficácia parental e a satisfação parental, os resultados indicam-nos que, se correlacionam de forma estatisticamente significativa, com uma magnitude muito baixa, mas positiva ($r = .19, p < .01$). Por sua vez, a eficácia correlaciona-se de forma estatisticamente significativa, de magnitude baixa e negativa com as preocupações parentais e com o stress ($r = -.23, p < .01$), respetivamente. Ou seja, pais que se percecionam como mais efcazes tendem a reportar níveis mais baixos de preocupações parentais e stress parental.

Entre a satisfação parental e as preocupações parentais os resultados indicam-nos que, estas correlacionam-se de forma estatisticamente significativa, com uma magnitude baixa e negativa ($r = -.26, p < .01$). Entre a satisfação parental e o stress parental, os resultados indicam-nos que se correlacionam de forma muito baixa, negativa e significativa ($r = -.19, p < .01$). Ou seja, pais que percecionam o seu papel parental como satisfatório, percecionam menores níveis de preocupações parentais e menores níveis de stress.

No caso dos pais que possuem preocupações parentais, correlacionam-se de forma estatisticamente significativa, de magnitude elevada e positiva com o Stress ($r = .87, p < .01$). Ou seja, pais com mais preocupações parentais, apresentam maiores níveis de stress.

No Anexo 3 apresentam-se também os coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis idade dos pais, número de filhos, motivações compassivas, objetivos de autoimagem, eficácia e satisfação parental, preocupações parentais, stress parental, para os pais com filhos que não apresentam um diagnóstico clínico.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a idade dos pais e as restantes variáveis, bem como o número de filhos e as restantes variáveis.

No caso de pais cujos filhos apresentam diagnóstico clínico, os resultados indicam-nos que existe uma correlação estatisticamente significativa, de magnitude moderada e de forma positiva entre as motivações compassivas e os objetivos de autoimagem ($r = .43, p < .01$). Por sua vez, as motivações compassivas e a satisfação parental correlacionam-se igualmente de forma estatisticamente significativa, de magnitude moderada e de forma positiva ($r = .47, p < .01$). Isto mostra-nos que, pais cujos filhos apresentam diagnóstico clínico e que possuem motivações compassivas têm níveis mais elevados de objetivos de autoimagem e de satisfação parental. Os resultados indicam-nos que, as motivações compassivas não se correlacionam com a eficácia, nem com as preocupações parentais nem com o stress.

No referente aos objetivos de autoimagem, e tal como já referido anteriormente, apenas se correlaciona de forma estatisticamente significativa, de magnitude moderada e de forma positiva com as motivações compassivas ($r = .43, p < .01$).

Os resultados indicam-nos ainda que a eficácia parental e o stress correlacionam-se de forma estatisticamente significativa, de magnitude baixa e negativa ($r = -.22, p < .05$). Isto indica-nos então que, quanto maiores forem os níveis de eficácia, menores serão os níveis de stress experienciados pelos pais cujos filhos apresentam diagnóstico clínico. Os resultados indicam-nos que a eficácia parental, não se correlaciona com a satisfação parental nem com as preocupações parentais.

No que refere à satisfação parental e as preocupações parentais, estas correlacionam-se de forma estatisticamente significativa de magnitude moderada e negativa ($r = -.50, p < .01$). Entre a satisfação parental e o stress parental, os resultados indicam-nos que se correlacionam de forma estatisticamente significativa de magnitude moderada e negativa ($r = -.42, p < .01$). Ou seja, pais que percecionam níveis mais elevados de satisfação parental possuem menores níveis de preocupações parentais e de stress.

Por fim, as preocupações parentais, correlacionam-se de forma elevada, positiva e significativa com o stress ($r = .92, p < .01$). Ou seja, pais cujos filhos apresentam diagnóstico clínico e que possuem preocupações parentais, apresentam níveis mais elevados de stress.

Análises de Regressões Múltiplas Hierárquicas para predizer a Satisfação Parental em grupos distintos: Pais com filhos sem diagnóstico clínico versus Pais com filhos com diagnóstico clínico

Foram realizadas duas Regressões Múltiplas Hierárquicas, sendo que, a primeira foi realizada para os pais com filhos sem diagnóstico clínico (cf Anexo 4) e a segunda foi realizada para pais cujos filhos apresentam diagnóstico clínico (cf Anexo 5). Nestas regressões consideraram-se as seguintes variáveis independentes: tipo de preenchimento, a subescala preocupações parentais, as motivações compassivas e os objetivos de autoimagem; e como variável dependente a satisfação parental. A variável tipo de preenchimento foi incluída no primeiro bloco da análise para controlar estatisticamente o seu efeito. No segundo bloco foi incluída as preocupações parentais. No terceiro bloco foram incluídas as motivações compassivas e os objetivos de autoimagem. A segunda regressão, para pais com filhos com diagnóstico clínico, apenas considerou no terceiro bloco as motivações compassivas, devido ao facto de não haver uma correlação estatisticamente significativa entre os objetivos de autoimagem e a satisfação parental.

Os resultados indicam que o modelo total é estatisticamente significativo $F_{(3,23)} = 24.97$, $p < .001$, para os pais com filhos sem diagnóstico. As variáveis independentes explicam 25% da variável dependente satisfação parental, mesmo quando se controla a variável tipo de preenchimento. Quando se analisa o contributo independente das variáveis independentes, verifica-se que, as variáveis que contribuem para o modelo, por ordem de importância, são: as motivações compassivas (CSIG-P) $\beta = .44$, $t = 7.16$, $p < .001$, os objetivos de autoimagem (CSIG-P) $\beta = -.29$, $t = -4.77$, $p < .001$ e as preocupações parentais (PSS) $\beta = -.19$, $t = -3.33$, $p = .001$.

Por sua vez, nos pais com filhos com diagnóstico, os resultados indicam que o modelo total é estatisticamente significativo, $F_{(2,11)} = 36.90$, $p < .001$. As variáveis independentes explicam 41% da variável dependente satisfação parental, mesmo quando se controla a variável tipo de preenchimento. Quando se analisa o contributo independente das variáveis independentes, verifica-se que, as variáveis que contribuíram para o modelo, por ordem de importância, foram: as preocupações parentais $\beta = -.44$, $t = -5.87$, $p < .001$ seguida das motivações compassivas, $\beta = .40$, $t = 5.36$, $p < .001$.

Discussão

A motivação para ser compassivo na parentalidade tem como contributo melhorar o bem-estar e as relações familiares (Canevello & Crocker, 2011), demonstrando o desejo de se sentir útil, não prejudicar os outros, o que leva a um aumento da autoestima e consideração pelos outros, visando ainda promover emoções positivas neles próprios enquanto pais (Crocker & Canevello, 2008; Crocker et al 2009). Por sua vez, os objetivos de autoimagem envolvem a tendência para procurar criar uma imagem desejável na mente dos outros ou até evitar demonstrar fracasso. Quando os comportamentos de cuidado estão centrados em objetivos de egocentrismo ou autoimagem, os indivíduos tendem a experienciar níveis mais elevados de

sintomatologia ansiosa, depressiva, de stress e de medo (Erickson et al., 2018; Crocker & Canevello, 2008).

Desta forma, a presente investigação teve como objetivos gerais estudar a relação entre as motivações compassivas, os objetivos de autoimagem, o stress parental e o sentido de competência parental, bem como o contributo das motivações dos pais para serem compassivos com os filhos, dos objetivos de autoimagem e do stress parental para explicar a satisfação parental.

Os resultados da presente dissertação indicam que as mães manifestam níveis mais elevados de preocupações e de stress parental do que os pais. Estes resultados encontram-se de acordo com a literatura e, especificamente, de acordo com estudos realizados por Moura-Ramos e Canavarro (2007), que indicam que as mães tendem a percecionar níveis mais elevados de stress no que refere à gestão parental comparativamente aos pais.

Em relação às restantes variáveis não foram encontradas diferenças entre mães e pais. Especificamente, em relação à eficácia percebida e à satisfação parental, de acordo com as nossas hipóteses, esperaríamos encontrar diferenças. Este facto, pode ter acontecido devido ao tamanho da amostra entre pais e mães, uma vez que tivemos mais mães a responderem aos questionários do que pais.

Os resultados mostraram também que os pais que identificaram diagnóstico nos filhos, apresentaram níveis mais elevados de preocupações e de stress parental e menores níveis de satisfação parental. Estes resultados estão, de facto, de acordo com a literatura, que nos indicam que pais de crianças diagnosticadas com incapacidade intelectual apresentam níveis mais elevados de stress do que os pais de crianças com um desenvolvimento normativo (Baxter, Cummins, & Yiolitis, 2000; Hauser-Cram, Warfield, Shonkoss, & Krauss, 2001; Norlin & Broberg, 2013; Oelofsen & Richardson, 2006).

No que refere aos resultados encontrados nas correlações, foram encontrados resultados interessantes, nomeadamente nas relações entre as motivações compassivas, a eficácia e a satisfação parental. Por outras palavras, verificou-se que pais que possuem motivações compassivas na relação com o(s) seu(s) filho(s), percecionam níveis mais elevados de eficácia e de satisfação parental. Estes resultados são semelhantes aos estudos realizados por Conti (2015), que mostrou que pais que se envolvem em objetivos parentais focados na compaixão, tendem a sentir maior satisfação familiar e a avaliar a sua vida como mais significativa, promovendo o suporte e o crescimento da relação pais-filhos. Os resultados mostraram igualmente uma correlação positiva entre as motivações compassivas e os objetivos de autoimagem, algo que teoricamente não seria de esperar. Porém, este resultado é semelhante aos estudos prévios que também encontram correlações positivas baixas e moderadas entre os dois construtos (Niiya, Crocker e Mischkowski (2014). Hipotetiza-se que este resultado é explicado pelo facto de os indivíduos interpretarem os objetivos de autoimagem como algo positivo, dado que o ser humano tem uma sensibilidade para criar na mente do outro uma imagem desejável ou até evitar demonstrar fracasso para não ser potencialmente excluído do grupo e pela sua necessidade de ligação social com vantagens evolutivas (e.g, proteção, reprodução). Tal como apontam Niiya, Crocker e Mischkowski (2014), existe igualmente uma influência da cultura, uma vez que se ensina desde a infância que ser altruísta, generoso e respeitoso com os outros são qualidades desejáveis, pelo que ambos os construtos estão associados entre si.

No que refere ao estudo do contributo das preocupações parentais, objetivos de autoimagem e motivações compassivas para explicar a satisfação parental, os resultados indicaram que para pais com filhos sem diagnóstico, a sua satisfação parental é influenciada por níveis mais elevados de motivações compassivas e níveis mais baixos de objetivos de autoimagem e preocupações parentais. Para os pais com filhos com diagnóstico, a sua satisfação

parental é maior quando apresnetam níveis mais elevados de motivações compassivas e menores níveis de preocupações parentais.

Algo que não seria de esperar e que não corresponde às nossas hipóteses, é o facto de os níveis de motivações compassivas serem os mesmos entre mães e pais.

Este estudo, apresentou algumas limitações, nomeadamente a pouca adesão aos questionários online e, quanto aos restantes entregues em papel, que apresentavam algumas respostas incompletas, algo que não nos foi possível controlar. Ainda nos é possível referir como limitação, a pouca adesão por parte de indivíduos do sexo masculino, uma vez que se verificou uma grande discrepância entre o número de participantes de mães e pais. Isto, poderá comprometer a representatividade das conclusões feitas ao longo do nosso estudo. Desta forma, em estudos futuros poderão ser feitas recolhas de amostras de forma igualitária de mães e pais. E, por fim, podemos ainda apontar o facto de não ter sido feito um estudo da estrutura fatorial da escala dos objetivos compassivos e de autoimagem, que foi adaptada para os pais. De qualquer modo, a consistência interna de ambas foi boa. Contudo, num estudo futuro, seria importante realizar um estudo da estrutura fatorial da mesma.

Para concluir podemos afirmar, de modo geral, que as motivações compassivas tiveram um papel importante na satisfação parental quer em pais com filhos sem diagnóstico clínico quer em pais com filhos com diagnóstico clínico.

Referências Bibliográficas

- Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, (52-I), 211-229. doi:10.14195/1647-8606_52-1_10
- Canevello, A., & Crocker, J. (2010). Creating good relationships: responsiveness, relationship quality, and interpersonal goals. *Journal of personality and social psychology*, 99(1), 78.
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, (54), 203-230. doi: [10.14195/1647-8606_54_8](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental review*, 18(1), 47-85.
- Conti, R. (2015). Compassionate parenting as a key to satisfaction, efficacy and meaning among mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 2008-2018.
- Coyne, L., & Murrell, A. (2009). *The joy of parenting: An acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. New Harbinger Publications.
- Crocker, J., & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: the role of compassionate and self-image goals. *Journal of personality and social psychology*, 95(3), 555.
- Crocker, J., & Canevello, A. (2011). Changing Relationship Growth Belief: Intrapersonal and Interpersonal Consequences of Compassionate Goals. *Personal Relationships*, 18(3), 370–391. doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01296.x

- Cunningham, C. E. (2007). A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(6), 676-694.
- Deković, M., et al. (2010). Tracing changes in families who participated in the home-start parenting program: parental sense of competence as mechanism of change. *Prevention science, 11*(3), 263-274.
- DeVellis, R.F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. (2nd ed.) Newbury Park: Sage Publications.
- Erickson, T. M., Granillo, M. T., Crocker, J., Abelson, J. L., Reas, H. E., & Quach, C. M. (2018). Compassionate and self-image goals as interpersonal maintenance factors in clinical depression and anxiety. *Journal of clinical psychology, 74*(4), 608-625.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.
- Figueiredo, B. (2005). *Mães e Pais Envolvimento emocional com o bebé*. Braga: Psiquilíbrios Edições .
- Freitas, P.C.O.C. (2012). *Modelos de relação interna: autocríticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.97
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness, 7*(3), 700-712. doi: [10.1007/s12671-016-0507-y](https://doi.org/10.1007/s12671-016-0507-y)

- Granja, M. B., & Mota, C. P. (2018). Estilos parentais e vinculação amorosa: Efeito mediador do bem-estar psicológico em jovens adultos. *Avances en psicología latinoamericana*, 36(1), 93-109. doi: [10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5584](https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5584)
- Kirby, J. N., Grzazek, O., & Gilbert, P. (2019). The role of compassionate and self-image goals in predicting psychological controlling and facilitative parenting styles. *Frontiers in psychology*, 10. doi: [10.3389/fpsyg.2019.01041](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01041)
- Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: Legis.
- Lopes, J. R. C. (2014). *Validation of the compassionate and self-image goals scale for the portuguese population*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: Guilford
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 313-328.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2004). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, 18(2), 75-98. doi: [10.17575/rpsicol.v18i2.431](https://doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.431)
- Moreira, M. S. (2010). *Stress e suporte social em pais de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais

- e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica* 25(3), 399-413.
- Moreira, J. M., Lind, W., Santos, M. J., Moreira, A. R., Gomes, M. J., Justo, J., ... & Faustino, M. (2006). Experiências em Relações Próximas, um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: Tradução e validação para a população Portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 3-27. doi: [10.14417/lp.760](https://doi.org/10.14417/lp.760)
- Niiya, Y., Crocker, J., & Mischkowski, D. (2013). Compassionate and self-image goals in the United States and Japan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(3), 389-405. doi: [10.1177/0022022112451053](https://doi.org/10.1177/0022022112451053)
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Inc.
- Oliveira, J., & Costa, M. E. (2004). Estilos de vinculação e percepções de satisfação com os papéis parental e conjugal em tríades de famílias intactas. *Psicologia*, 18(2), 57-74. doi: [10.17575/rpsicol.v18i2.430](https://doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.430)
- Pereira, A. R. C. (2015). *Perspetiva multidimensional da compaixão: estudo das características psicométricas da escala de atributos e ações compassivas*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*.
- Phillips, B. A. (2014). *A comparison of parenting dimensions between mothers of children with Down syndrome and mothers of typically developing children*. Dissertação de Doutoramento. University of Alabama Libraries.
- Pinto, T. G. (2015). *De iniciado a perito um percurso a construir na promoção da parentalidade*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa: Lisboa.

- Potharst, E. S., Boekhorst, M. G., Cuijlits, I., Van Broekhoven, K. E., Jacobs, A., Spek, V., ... & Pop, V. J. (2019). A Randomized Control Trial Evaluating an Online Mindful Parenting Training for Mothers With Elevated Parental Stress. *Frontiers in psychology, 10*. doi: [10.3389/fpsyg.2019.01550](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01550)
- Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: care, health and development, 31*(1), 65-73. doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x
- Seabra-Santos, M. J., Major, S., Pimentel, M., Gaspar, M. F., Antunes, N., & Roque, V. (2015). Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC): Estudos psicométricos. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment, 14*(1), 97-106. doi: [10.15689/ap.2015.1401.11](https://doi.org/10.15689/ap.2015.1401.11)
- Silva, A. R. R. D. R., & Henriques, C. O. (2012). *Fatores preditivos do stress parental*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga: Coimbra.
- Sousa, C. D. P. D. (2011). *Regulação emocional e stress parental em mães com filhos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte: Gandra.
- Webster-Stratton, C. (2016). *Os Anos Incríveis: Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (4ª edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.

(ANEXO 1)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo. Sr./Exma. Sra.,

A presente investigação realiza-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, por parte das estudantes Ana Rita Soares, Sónia Pereira e Tânia Cunha, sob a orientação da Prof. Ana Xavier, da Universidade Portucalense Infante D. Henrique (Porto, Portugal). Esta investigação tem como objetivo estudar de que forma os pais lidam com as suas experiências e de que modo estas podem influenciar as atitudes e comportamentos na relação entre pais-filhos. Trata-se de um estudo pioneiro e, desse modo, a sua participação é de grande importância para melhorarmos a compreensão desta temática.

A sua colaboração consistirá no preenchimento de questionários de autorresposta com uma duração de aproximadamente 20 minutos. Para participar neste estudo deverá ter idade superior a 18 anos e ter pelo menos um(a) filho(a).

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária e tem o direito de recusar ou desistir de colaborar, caso assim o entenda.

A equipa responsável por este estudo compromete-se a cumprir todos os requisitos éticos inerentes à investigação: (a) garante o anonimato e a total confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes; (b) utiliza os dados fornecidos pelos participantes de modo coletivo e estritamente para fins de investigação; (c) presta esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca da investigação, a qualquer momento.

Obrigado pela sua participação. A equipa de investigação: Ana Rita Soares, Sónia Pereira e Tânia Cunha, sob a orientação da Prof. Ana Xavier (axavier@upt.pt)

(ANEXO 2)

Tabela 3. Correlações Pearson entre as variáveis idade dos pais, número de filhos, motivações compassivas, objetivos de autoimagem, preocupações parentais, stress parental, eficácia e satisfação parental, para os pais com filhos que não apresentam um diagnóstico clínico

Variáveis	Idade dos Pais	Motivações Compassivas	Objetivos de Autoimagem	Eficácia	Satisfação	Preocupações Parentais	Stress Parental	Número de Filhos
Idade dos pais	1							
Motivações Compassivas	-.10	1						
Objetivos de Autoimagem	-.16*	.32**	1					
Eficácia	-.01	.14*	.13*	1				
Satisfação	-.03	.37**	-.14*	.19**	1			
Preocupações Parentais	.00	-.13*	-.04	-.23**	-.26**	1		
Stress Parental	-.05	-.02	.04	-.23**	-.19**	.87**	1	
Número de Filhos	.19**	-.03	-.07	.06	-.04	-.02	-.06	1

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$.

(ANEXO 3)

Tabela 4. Correlações Pearson entre as variáveis idade dos pais, número de filhos, motivações compassivas, objetivos de autoimagem, preocupações parentais, stress parental, eficácia e satisfação parental, para os pais com filhos que apresentam um diagnóstico clínico.

Variáveis	Idade dos Pais	Motivações Compassivas	Objetivos de Autoimagem	Eficácia	Satisfação	Preocupações Parentais	Stress Parental	Número de Filhos
Idade dos pais	1							

Motivações	.10	1							
Compassivas									
Objetivos de	-.05	.43**	1						
Autoimagem									
Eficácia	.05	-.05	-.02	1					
Satisfação	.06	.47**	.08	.13	1				
Preocupações	.12	-.14	.04	-.13	-	1			
Parentais					.50**				
Stress Parental	-.03	-.05	.06	-.22*	-.42**	.92**	1		
Número de	.38**	.13	-.03	-.02	.18	-.13	-.04	1	
Filhos									

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$.

(ANEXO 4)

Tabela 5. *Análise de Regressão Múltipla Hierárquica por Blocos para prever a Satisfação Parental em pais com filhos sem diagnóstico clínico (n = 232)*

Modelo	R	R ²	F	gl	p
1	.236	.052	1.230	(13.614)	< .001
2	.497	.237	3.228	(24.972)	< .001

Modelo	Preditores	B	t	p
1	Preocupações Parentais	.060	-3.690	.000
2	Preocupações Parentais	.054	-3.334	.001
	Motivações Compassivas	.063	7.157	.000
	Objetivos de Autoimagem	.054	-4.774	.000

(ANEXO 5)

Tabela 6. *Análise de Regressão Múltipla Hierárquica por Blocos para prever a Satisfação Parental em pais com filhos com diagnóstico clínico (n = 111)*

Modelo	R	R ²	F	gl	p
1	.498	.248	1.109	35.924	.000
2	.637	.406	2.108	36.806	.000

Modelo	Preditores	β	t	p
1	Preocupações Parentais	-.498	-5.994	.000
2	Preocupações Parentais	-.440	-5.887	.000
	Motivações Compassivas	-.402	5.360	.000



R. Dr. António Bernardino de Almeida,
541/619, 4200-072 Porto

T +351 22 557 20 00
M +351 96 977 39 67
upt@upt.pt

GPS
41° 10' 49.16" N
8° 36' 18.17" W

www.upt.pt