

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNIÇÃO E
COMPORTAMENTO

ALEXANDRA BISPO PIUMBINI DE MENDONÇA

**ATIVAÇÕES ESQUEMÁTICAS, ESTILOS PARENTAIS E
AFETIVIDADE NEGATIVA EM MÃES DE CRIANÇAS COM E SEM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Belo Horizonte
2024

ALEXANDRA BISPO PIUMBINI DE MENDONÇA

**ATIVAÇÕES ESQUEMÁTICAS, ESTILOS PARENTAIS E
AFETIVIDADE NEGATIVA EM MÃES DE CRIANÇAS COM E SEM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Luiz Avelino Cardoso

Belo Horizonte
2024

153.4 M539a 2024	Mendonça, Alexandra Bispo Piumbini de. Ativações esquemáticas, estilos parentais e afetividade negativa em mães de crianças com e sem transtorno do espectro autista [recurso eletrônico] / Alexandra Bispo Piumbini de Mendonça. - 2024. 1 recurso online (98 f.): pdf Orientador: Bruno Luiz Avelino Cardoso. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia. 1. Psicologia – Teses. 2. Esquemas (Psicologia) – Teses. 3. Saúde mental - Teses. 4. Transtornos do espectro autista - Teses. 5. Mães - Teses. I. Cardoso, Bruno Luiz Avelino. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.
------------------------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FAFICH - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO -
SECRETARIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO ALEXANDRA BISPO PIUMBINI DE MENDONÇA

Realizou-se, no dia **17 de dezembro de 2024 às 09:00 horas**, através de videoconferência realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ATIVAÇÕES ESQUEMÁTICAS, ESTILOS PARENTAIS E AFETIVIDADE NEGATIVA EM MÃES DE CRIANÇAS COM E SEM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA*, apresentada por **ALEXANDRA BISPO PIUMBINI DE MENDONÇA**, número de registro 2023660623, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Bruno Luiz Avelino Cardoso - Orientador (UFMG), Prof(a). Aline Henriques Reis (UFMS), Prof(a). Maycoln Leôni Martins Teodoro (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

(x) Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 17 de dezembro de 2024.

Prof(a). Bruno Luiz Avelino Cardoso (Doutor)

Prof(a). Aline Henriques Reis (Doutora)

Prof(a). Maycoln Leôni Martins Teodoro (Doutor)



Documento assinado eletronicamente por **Aline Henriques Reis, Usuária Externa**, em 20/12/2024, às 14:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maycoln Leoni Martins Teodoro, Professor do Magistério Superior**, em 20/12/2024, às 14:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Luiz Avelino Cardoso, Professor do Magistério Superior**, em 14/04/2025, às 18:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3844591** e o código CRC **E616DA26**.

Referência: Processo nº 23072.274899/2024-32

SEI nº 3844591

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste projeto. Agradeço ao meu orientador, Dr. Bruno Luiz Avelino Cardoso, pelas valiosas contribuições ao longo do trabalho, e aos membros da banca, Dra. Aline Henriques Reis e ao querido Dr. Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro, por se disponibilizarem a participarem desta banca.

Sou imensamente grata às participantes desta pesquisa, que resguardo seus nomes em decorrência da necessidade ética do anonimato. Agradeço profundamente ao meu marido, Diego, que, por algum motivo, sempre acreditou em mim e que nessa nossa jornada de quase 15 anos de casados ainda me ama como no dia um, e ao meu filho, Oliver, que amo incondicionalmente, ele me ensina todo dia a ser mãe e a ser uma pessoa melhor, mamãe te ama filho, do jeitinho que você é, sem mais e nem menos; ambos acompanharam e apoiaram de perto minha intensa trajetória nos dois anos em que desenvolvi este trabalho, privando-os de momentos juntos para me dedicar a ele; aos meus pais, que são maravilhosos, sempre me apoiaram e estiveram lá para mim, você fazem parte do meu TUDO; aos meus irmãos, Márcio e Marcos Vinícius, amo vocês; à minha amiga-irmã, Karolina Leite dos Santos Pinto, pelo apoio (que não foi só moral), incentivo, por ouvir meus desabafos e por sempre acreditar em mim; as minhas tias de coração que estão sempre prontas a nos ajudar com o pequeno quando eu e Diego não podemos, Márcia Maria e Maria Inês, e aos colegas de pós-graduação, pelo suporte e incentivo constantes. Diego, Oliver, mãe, pai, Márcio, Vinícius, Karol, Mará e Inês muito obrigada de todo meu coração, eu amo vocês!

RESUMO

O nascimento de uma criança com deficiência pode atuar como um estressor crônico para os pais, frequentemente percebido pelos cuidadores por meio da apresentação de demandas que excedem sua autocompetência percebida. O cuidado de uma criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) requer adaptações e dedicação intensas, muitas vezes impactando o bem-estar psicológico das mães, que geralmente assumem a maior parte dos cuidados. Esta dissertação investigou o sofrimento mental (afetividade negativa) associado ao cuidado de crianças com TEA. No *Estudo 1*, foi realizada uma revisão integrativa a partir dos descritores: “*schema therapy*” OR “*cognitive behavioral therapy*” AND “*parents*” AND “*mental health*” AND “*autism*”. Inicialmente, foram encontrados 177 artigos, sendo que apenas 6 abordavam diretamente a saúde mental de pais/mães de crianças com TEA. A principal lacuna observada nos resultados diz respeito à ausência de artigos relacionados à Terapia do Esquema (TE). A escassez de pesquisas sobre a aplicação da TE nessa população sugere a necessidade de estudos, a fim de explorar o impacto dessa terapia na saúde mental dos cuidadores de crianças com TEA. Além disso, é pertinente mencionar que a maioria dos estudos na literatura que investigaram a terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresentam amostras pequenas, o que restringe a generalização dos resultados. O *Estudo 2* avaliou a ativação de esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), afetividade negativa (indicador de ansiedade, estresse e depressão), e os estilos parentais em mães de crianças com TEA, comparando-os com mães de crianças neurotípicas. Foi realizado um estudo correlacional e comparativo e envolveu 154 mães de crianças entre 7 e 11 anos, divididas em dois grupos: mães de crianças com TEA (n=87) e mães de crianças neurotípicas (n=56). 11 mães de crianças com outros transtornos não compuseram nenhum dos dois grupos. A análise fatorial confirmatória do YSQ-S3 indicou um modelo de 18 fatores com ajuste aceitável e confiabilidade alta, destacando escores significativamente mais elevados em vários fatores, como Privação emocional e Isolamento social, entre mães de

crianças com TEA. Para o IEP, os fatores Comportamento Moral e Abuso Físico apresentaram confiabilidade minimamente aceitável, sem diferenças significativas entre os grupos. A análise da DASS-21 sugeriu que o modelo bifatorial apresentou ajuste adequado apenas para o fator Afetividade Negativa, revelando níveis mais elevados entre mães de crianças com TEA, com efeito moderado. Esses achados indicam que mães de crianças com TEA tendem a experimentar maiores desafios emocionais, especialmente em termos de privação emocional e afetividade negativa, enfatizando a importância do suporte psicológico para esse grupo.

Palavras-chave: Terapia do Esquema. Saúde Mental. Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

The birth of a child with a disability can act as a chronic stressor for parents, often perceived by caregivers as presenting demands that exceed their perceived self-competence. Caring for a child with Autism Spectrum Disorder (ASD) requires intense adaptations and dedication, frequently impacting the psychological well-being of mothers, who often take on the majority of caregiving responsibilities. This dissertation investigated the mental distress (negative affectivity) associated with caring for children with ASD. In *Study 1*, an integrative review was conducted using the descriptors: “schema therapy” OR “cognitive behavioral therapy” AND “parents” AND “mental health” AND “autism”. Initially, 177 articles were identified, but only 6 directly addressed the mental health of parents of children with ASD. The main gap observed in the results pertains to the lack of studies related to Schema Therapy (ST). The scarcity of research on the ST application in this population highlights the need for studies exploring its impact on caregivers' mental health. Furthermore, most studies in the literature investigating cognitive-behavioral therapy (CBT) involve small samples, limiting the generalizability of their findings. *Study 2* assessed the presence of early maladaptive schemas (EMS), negative affectivity (indicator of anxiety, stress, and depression), and parenting styles in mothers of children with ASD, by comparing them to mothers of neurotypical children. A correlational and comparative study was conducted with 154 mothers of children aged 7 to 11 years, divided into two groups: mothers of children with ASD ($n = 87$) and mothers of neurotypical children ($n = 56$). 11 mothers of children with other disorders were excluded from both groups. A confirmatory factor analysis of the YSQ-S3 indicated an 18-factor model with acceptable fit and high reliability, highlighting significantly higher scores in several factors, such as Emotional Deprivation and Social Isolation, among mothers of children with ASD. For the IEP, the Moral Behavior and Physical Abuse factors showed minimally acceptable reliability, with no significant differences between the groups. Analysis of the DASS-21 suggested that

the bifactorial model had adequate fit only for the Negative Affectivity factor, revealing higher levels among mothers of children with ASD, with a moderate effect size. These findings indicate that mothers of children with ASD tend to face greater emotional challenges, particularly in terms of emotional deprivation and negative affectivity, emphasizing the importance of psychological support for this group.

Keywords: Schema Therapy. Mental Health. Autism Spectrum Disorder.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Introdução

Tabela 1. Domínios, Esquemas e Necessidades emocionais básicas relacionadas	21
---	----

Estudo 1

Figura 1. Fluxograma de seleção de artigos	35
--	----

Tabela 2. Breve resumo das características dos estudos empíricos encontrados	37
--	----

Estudo 2

Tabela 3. Descrição das Variáveis Demográficas	62
--	----

Tabela 4. Comparação Escores Fatoriais do YSQ-S3 entre os grupos de mães	65
--	----

Tabela 5. Comparação Escores Fatoriais do IEP com 2 fatores entre os grupos de mães	67
---	----

Tabela 6. Comparação Escores Fatoriais da Afetividade Negativa entre os grupos de mães ..	68
---	----

Apêndices

Tabela A1. Informações dos estudos teóricos	83
---	----

Tabela C1. Informações sobre os filhos	90
--	----

Tabela C2. Estatísticas descritivas dos escores fatoriais do YSQ-S3	94
---	----

Tabela C3. Estatísticas descritivas dos escores fatoriais da Afetividade Negativa	95
---	----

Tabela C4. Estatística descritiva das cargas fatoriais e coeficientes de confiabilidade - IEP	98
---	----

SUMÁRIO

Apresentação	13
Introdução	15
Referências	26
Estudo 1. Saúde mental de pais/mães de crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa a partir da terapia cognitivo-comportamental e terapia do esquema	30
Método	33
Procedimento de coleta	34
Critérios de inclusão e exclusão.....	34
Tratamento de dados.....	34
Resultados	36
Estudos de intervenção.....	39
Estudos teóricos	42
Discussão	43
Considerações finais.....	46
Referências	47
Estudo 2. Ativações esquemáticas, estilos parentais e afetividade negativa de mães de crianças com autismo em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico.....	52
Hipóteses	56
Método	56
Aspectos éticos	56
Delineamento	57
Participantes	57

Instrumentos	57
Procedimento de coleta de dados	60
Análise de dados	60
Resultados	61
Caracterização da amostra	61
Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos de mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico	64
Avaliação dos estilos parentais de mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico	66
Avaliação da Afetividade Negativa de mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico	68
Discussão	69
Considerações Finais	74
Referências	76
Considerações Finais	81
Apêndice A	83
Apêndice B	85
Apêndice C	90

APRESENTAÇÃO

Os cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), especialmente as mães, frequentemente enfrentam desafios psicológicos significativos. Este estudo visa explorar o sofrimento psicológico que o cuidado de crianças com TEA pode implicar para os pais. Trata-se de uma busca por visibilidade para uma questão que impacta, de forma significativa e frequentemente invisível, a vida de muitas famílias.

O cuidado de uma criança com deficiência envolve obstáculos diversos, incluindo a ausência de uma rede de apoio efetiva e o peso de responsabilidades e dedicação intensas. Pais e mães de crianças com TEA enfrentam uma jornada marcada por negação, julgamentos sociais, autocobrança, frustração e culpa. No esforço de apoiar o desenvolvimento dos filhos, a saúde mental dos cuidadores é, frequentemente, negligenciada, o que resulta em desgaste emocional e físico. Esse desgaste contribui para o surgimento de condições como depressão, ansiedade, estresse e padrões disfuncionais, exacerbados pela falta de suporte adequado.

Além disso, há desafios no acesso a profissionais capacitados para diagnosticar crianças com TEA que possuem o cognitivo preservado e demandam nível de suporte 1. Esse nível é caracterizado por dificuldades em iniciar e manter interações, respostas sociais inadequadas, desinteresse social aparente, rigidez e inflexibilidade, além de dificuldades em planejar e organizar. O atraso no diagnóstico pode comprometer a aplicação de intervenções precoces, fundamentais para otimizar o processo de poda neural — um mecanismo natural do desenvolvimento cerebral que fortalece conexões neurais frequentemente utilizadas enquanto elimina aquelas menos requisitadas. Esse processo ocorre, de forma mais intensa, entre um e três anos de idade.

No Brasil, os dados sobre a incidência de TEA na população ainda não são consistentes ou confiáveis. Embora o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tenha iniciado uma pesquisa em 2020, nem todos os domicílios foram contemplados com questões

relacionadas ao TEA, e os resultados ainda não foram divulgados. Em um cenário no qual a ciência enfrenta desafios de reconhecimento, investigar o sofrimento mental dos cuidadores — especialmente das mães de crianças com TEA — reveste-se de importância acadêmica e social. Estudos adicionais podem trazer benefícios significativos para essa população.

O primeiro estudo desta dissertação, baseado em uma revisão integrativa, explorou intervenções terapêuticas disponíveis para cuidadores de crianças com TEA, com foco em abordagens como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia de Esquemas (TE). Levantamos tópicos como: (a) apontamento dos estudos que abrangem indicadores da saúde mental de pais e mães de crianças com TEA na TCC e na TE; (b) identificação de lacunas e temas prioritários na literatura existente; e (c) encaminhamento de uma agenda de pesquisa sob o enfoque da TE para essa população.

No segundo estudo, tivemos como tópicos (a) avaliação da ativação dos esquemas iniciais desadaptativos das mães; (b) identificação dos níveis de afetividade negativa; (c) caracterização dos estilos parentais; (d) comparação da ativação esquemática, dos níveis de afetividade negativa, e dos estilos parentais entre os grupos de mães de crianças com TEA e mães de crianças com neurodesenvolvimento típico.

Espera-se que os estudos apresentados nesta dissertação contribuam para o avanço científico sobre a saúde mental de mães de crianças com TEA. Esse tema, muitas vezes negligenciado, merece maior atenção acadêmica, dado o impacto significativo que pode gerar na qualidade de vida das famílias.

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança com deficiência tende a atuar como um estressor crônico para o núcleo familiar, uma vez que, frequentemente, é percebido pelos pais como uma situação que apresenta demandas que excedem sua autocompetência percebida (Eisenhower et al., 2005). Ao receber o diagnóstico, os pais descrevem sentimentos iniciais de surpresa, tristeza, choque e rejeição (Martins et al., 2019). Essa reação emocional intensa pode ser compreendida, pois o ideário parental sobre o que significa "ter um filho" é impactado.

De acordo com Carlsson et al. (2016), o processo de obtenção de um diagnóstico de TEA pode gerar uma variedade de emoções para os pais. Embora muitos já suspeitem das dificuldades de desenvolvimento de seus filhos, o diagnóstico formal pode trazer tanto alívio quanto tristeza, ou uma combinação de ambos. Alguns pais descreveram sentimentos de alívio ao receber o diagnóstico, como se ele confirmasse suas preocupações e fornecesse uma base para buscar ajuda e intervenção. Esse alívio frequentemente está associado à sensação de finalmente encontrar profissionais que compreendem a situação da criança e de que as suas habilidades parentais não precisam mais ser questionadas.

Por outro lado, Carlsson et al. (2016) destacaram que, mesmo com esse alívio inicial, sentimentos de tristeza e choque também podem surgir. A confirmação do diagnóstico pode ser acompanhada pela percepção de que o caminho para a intervenção e suporte será longo e desafiador. A necessidade de adaptação a essa nova realidade e as expectativas decorrentes podem gerar sobrecarga emocional. Ainda assim, muitos pais relatam encontrar forças e estratégias para lidar com os desafios, reafirmando sua capacidade de ver aspectos positivos na experiência.

Pais de crianças com TEA apresentam níveis mais significativos de afetividade negativa (Watson & Clark, 1984), um constructo que abrange sintomas de ansiedade, depressão e estresse, quando comparados a pais de crianças com outros transtornos de desenvolvimento,

como a deficiência intelectual (Alkhateeb et al., 2022; Bonis, 2016; Picardi et al., 2018). A afetividade negativa abarca aspectos como humor negativo, cognições distorcidas e baixa autoestima, sendo caracterizado por uma estrutura conceitual geral de afetividade negativa, que inclui principalmente a depressão, a ansiedade e o estresse, com potencial impacto prejudicial à saúde física e mental dos indivíduos. Para Martins et al. (2019) a afetividade negativa é vista como uma tendência do indivíduo em vivenciar estados emocionais de angústia, tristeza, raiva, culpa, medo, desgosto, depressão, ansiedade e estresse.

Lidar com os sintomas de crianças com TEA pode ser um desafio (Rasoulpoor et al., 2023) para os pais, já que os problemas de comportamento das crianças, o baixo relacionamento social e a linguagem deficitária estão positivamente relacionados com o estresse dos mesmos (Spratt et al., 2007).

No que concerne ao TEA conforme definido pelo DSM-5-TR, este é caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Esses sintomas causam prejuízo significativo no funcionamento diário e estão presentes desde o início do desenvolvimento.

Picardi et al. (2018), em estudo realizado na população italiana, avaliaram a sobrecarga enfrentada por pais de crianças com TEA, em comparação com dois grupos controle: pais de crianças diagnosticadas com Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) e pais de crianças diagnosticadas com Síndrome de Down (SD). Os resultados desse estudo demonstraram que os pais de crianças com TEA relataram níveis mais elevados de sobrecarga objetiva e subjetiva em comparação aos pais de crianças com DM1 e aos pais de crianças com SD. A sobrecarga objetiva, que se refere aos desafios práticos enfrentados pelos cuidadores, como problemas nas relações familiares, limitações nas atividades sociais, de lazer e de trabalho, além de dificuldades financeiras, foi significativamente maior entre os pais de crianças com TEA em relação a esses dois outros grupos. Além disso, os níveis de sobrecarga subjetiva, que incluem as reações

psicológicas dos cuidadores, como a perda de esperança, frustrações em relação a sonhos e expectativas, depressão, ansiedade e constrangimento em situações sociais, foram também mais elevados entre os pais de crianças com TEA do que nos pais de crianças com DM1 E SD. Os pais de crianças com SD relataram níveis intermediários de sobrecarga subjetiva, enquanto os pais de crianças com DM1 apresentaram os níveis mais baixos desse tipo de sobrecarga, indicando que as demandas emocionais e psicológicas eram menos intensas nesses grupos.

O estudo ainda identificou que os pais de crianças com TEA relataram menor apoio social em comparação aos dois outros grupos. Esse menor suporte social pode intensificar as dificuldades enfrentadas no cuidado das crianças com TEA, exacerbando tanto a sobrecarga objetiva quanto a subjetiva.

Picardi et al. (2018) sugeriram algumas hipóteses para explicar esses resultados, como a carga financeira elevada enfrentada pelos pais de crianças com TEA, incluindo despesas associadas à saúde infantil; o impacto negativo na ocupação laboral e na relação com os demais filhos; e o baixo apoio social disponível para essas famílias. Esses fatores, somados às características específicas do TEA, como dificuldades de comunicação e comportamentos desafiadores, podem contribuir para os níveis mais elevados de sofrimento psicológico observados nesse grupo. A hipótese do baixo apoio social em relação aos pais de crianças com TEA também é corroborada pelo estudo de Ansari et al. (2021), no qual os autores identificaram a ausência de uma dedicação específica para a orientação e o apoio individual às mães durante o processo de diagnóstico e na gestão a longo prazo.

Abordar as questões emocionais enfrentadas pelos membros da família que convivem com o TEA com o mesmo vigor dedicado ao acesso ao tratamento de uma criança com esse transtorno (Neely, 2012), é imprescindível. Em relação aos aspectos logísticos, Baxter (2000) aponta que as mães assumem a maior parte do cuidado infantil, tanto em famílias nas quais a criança apresenta desenvolvimento típico quanto naquelas em que a criança possui algum tipo

de deficiência ou necessidade especial. O autor observa que as mães realizam, em média, uma parcela significativamente maior das tarefas relacionadas ao cuidado diário dos filhos em comparação aos pais, independentemente do contexto familiar ou das condições da criança (Baxter, 2000). Esse padrão se mantém também nas famílias em que a criança possui algum tipo de deficiência de desenvolvimento e intelectual, conforme destacado por Currie e Szabo (2020).

Quanto às questões emocionais, o estresse parental é um fator que pode ter um impacto significativo na relação entre pais/mães e filhos (Neece, 2012). Quando os/as pais/mães estão sob estresse, eles/as podem ter dificuldades em se comunicar efetivamente, oferecer apoio emocional e satisfazer as necessidades de seus filhos (Crnic, 2005).

A Terapia do Esquema (TE) trata desse aspecto relacional entre pais e filhos (Young et al., 2003), destacando o papel central das necessidades emocionais básicas no desenvolvimento do indivíduo. De acordo com Young (1999), criador da TE, os pais, frequentemente, repetem de forma inconsciente os esquemas de parentalidade aos quais foram expostos quando crianças. Para a TE, os indivíduos desenvolvem esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) que moldam a maneira como eles percebem a si mesmos, os outros e o mundo ao seu redor (Young et al., 2003). Os EIDs dos pais também podem ser transmitidos para seus filhos, afetando a maneira como eles se relacionam e se desenvolvem (Young, 1999). Dessa forma, ativação de EIDs pode ter um impacto significativo na forma como os pais cuidam e interagem com seus filhos, especialmente em situações de alto estresse, como no caso do cuidado de uma criança com TEA.

De acordo com Young et al. (2003), um esquema é um padrão imposto à realidade ou à experiência para ajudar o indivíduo a explicá-las, para medir a percepção e para guiar suas respostas, muitos dos quais se formam em etapas iniciais da vida, tornando-se mais complexos e, depois, superpostos por experiências posteriores. Para investigar a origem desses esquemas,

a teoria propõe que eles são consequências do não atendimento das necessidades emocionais básicas (NEBs) durante a infância, do temperamento (geneticamente herdado) e experiências ao longo do desenvolvimento (Young et al., 2003).

Há cinco NEBs que são propostas por Young et al. (2003), são elas: (1) vínculo e apego seguro, que envolve a necessidade de conexões emocionais profundas e seguras com os outros, que proporcionará apoio emocional e um sentimento de pertencimento; (2) autonomia e competência, concernente à necessidade de independência e habilidade para tomar decisões, alcançar objetivos pessoais e sentir-se competente em nossas ações; (3) limites realistas e autocontrole, que abarca estabelecer limites pessoais saudáveis e a capacidade de controlar as emoções e comportamentos de forma equilibrada; (4) validação emocional, que condiz com a necessidade de sentir que os seus sentimentos são compreendidos, aceitos e validados pelos outros, fortalecendo a autoestima; e (5) escolhas espontâneas e expressões assertivas, que inclui a necessidade de expressar criatividade, desejos e opiniões de forma assertiva, sem medo de julgamentos, e de viver momentos de espontaneidade e diversão ao longo da vida. Quando essas necessidades não são adequadamente atendidas, formam-se os EIDs que são compostos por memórias, emoções e sensações corporais relacionadas a si mesmo ou ao relacionamento com outras pessoas.

Os esquemas são desenvolvidos durante a infância ou adolescência e podem ser disfuncionais em um nível significativo (Young et al., 2003). As primeiras experiências de vinculação emocional com os pais/mães e/ou cuidadores influenciam na capacidade da criança para estabelecer e manter relacionamentos saudáveis ao longo da vida (Ramires & Schneider, 2010).

Já o temperamento de uma criança, que inclui características inatas como a sensibilidade emocional, a impulsividade e a reatividade, pode interagir com as experiências vivenciadas e moldar a formação dos EIDs. Por exemplo, uma criança com alta sensibilidade emocional pode

ser mais propensa a desenvolver esquemas de abandono ou privação emocional. Sendo que as interações e experiências com os cuidadores primários desempenham um papel significativo na formação dos EIDs. Crianças que vivenciam relacionamentos inseguros, ambíguos ou abusivos podem desenvolver esquemas relacionados à desconfiança, por exemplo.

Além do temperamento e experiências com os cuidadores, as influências do ambiente social e cultural em que a criança cresce também podem afetar a formação dos EIDs (Young et al., 2003). As normas culturais e expectativas sociais podem influenciar a maneira como as necessidades emocionais da criança são atendidas ou não, contribuindo para a formação dos esquemas (Cardoso et al., no prelo; Young et al., 2003). Young et al. (2003) identificaram 18 esquemas que foram agrupados em cinco domínios, conforme as necessidades emocionais básicas (cf. Tabela 1).

Os padrões disfuncionais de relacionamento e comunicação também podem ser transmitidos de geração em geração, afetando a forma como os indivíduos se relacionam com os outros e consigo (Young et al., 2003). Por exemplo, um padrão de comunicação agressiva ou evasiva entre os/as pais/mães pode influenciar a formação de esquemas dos filhos, principalmente aqueles relacionados à falta de segurança emocional ou à dificuldade em expressar suas próprias necessidades. A transgeracionalidade dos esquemas explicaria essa influência das experiências e padrões emocionais transmitidos de geração em geração dentro de uma família (Sundag et al., 2018). Esses padrões podem incluir traumas, crenças disfuncionais e modelos de relacionamento que são transmitidos dos pais para os filhos. Esses esquemas estão relacionados ao funcionamento psicossocial prejudicado na vida adulta (Scott & Crino, 2014) e podem se manifestar como uma redução na qualidade parental.

Tabela 1*Domínios, Esquemas e Necessidades emocionais básicas relacionadas*

Domínios	Esquemas	Necessidades emocionais básicas
Domínio I. Desconexão e Rejeição	Abandono/instabilidade: crença de ser abandonado ou rejeitado por pessoas importantes.	Vínculo seguro e proteção
	Desconfiança/Abuso: dificuldade em confiar nos outros devido a experiências de traição ou abuso.	
	Privação emocional: sentimento de que as necessidades emocionais não serão atendidas.	
	Defectividade/Vergonha: sensação de inadequação e vergonha pessoal, levando a uma constante autocrítica e sentimentos de não ser digno de amor ou aceitação.	
Domínio II. Autonomia e Desempenho Prejudicados	Isolamento Social / Alienação: sensação de estar desconectado dos outros e do mundo ao seu redor.	Autonomia e competência
	Dependência/Incompetência: necessidade excessiva de apoio e orientação dos outros.	
	Vulnerabilidade ao dano e/ou à doença: preocupação excessiva com a possibilidade de eventos ruins ou doenças.	
	Emaranhamento/ Self Subdesenvolvido: supressão do próprio “eu” e dificuldade em estabelecer limites pessoais.	
	Fracasso: crença persistente de que não se pode alcançar o sucesso em áreas importantes da vida.	

Domínios	Esquemas	Necessidades emocionais básicas
Domínio III. Limites Prejudicados	Arrogo / Grandiosidade: visão excessivamente elevada de si mesmo. Autocontrole/ autodisciplina insuficientes: dificuldade persistente em resistir a impulsos e baixa ou nenhuma tolerância à frustração.	Limites realistas e autocontrole
Domínio IV. Direcionamento para o Outro	Subjugação: suprime as próprias necessidades e desejos para evitar conflitos ou desaprovação dos outros. Autossacrifício: sacrificar as próprias necessidades e desejos para ajudar os outros, muitas vezes de forma exagerada, tendo um valor envolvido. Busca de aprovação/ Busca de reconhecimento: necessidade excessiva de validação e reconhecimento dos outros.	Validação emocional
Domínio V. Supervigilância e Inibição	Negativismo / Pessimismo: tendência constante a antecipar resultados negativos e a adotar uma perspectiva pessimista em relação à vida e às situações. Inibição emocional: suprimir ou restringir excessivamente as próprias emoções. Padrões inflexíveis/Postura crítica exagerada: implica em estabelecer normas e padrões rigorosos e críticos para si mesmo e para os outros. Postura punitiva: atitude rígida e punitiva em relação a si mesmo e/ou aos outros.	Expressões assertivas e escolhas espontâneas

Fonte: adaptado pela autora de Young et al. (2003)

Conflitos entre pais/mães e filhos podem ativar os EIDs dos pais/mães (Bögels et al., 2010). Essa ativação dos EIDs pode levar a padrões rígidos e disfuncionais de comportamentos parentais, aumento do estresse parental e, consequentemente, a uma parentalidade menos sensível. Essa dinâmica de relacionamento entre pais e filhos foi explorada no estudo dos estilos parentais conduzido por Baumrind (1966), que buscava compreender os fatores que influenciam a relação entre pais e filhos na educação e no desenvolvimento infantil. Seu trabalho visava integrar aspectos afetivos e comportamentais dos pais envolvidos na criação dos filhos, a fim de identificar diferentes estilos parentais e explorar como esses estilos afetam o bem-estar e o desenvolvimento das crianças.

O estudo dos estilos parentais tem uma relevância particular no contexto de crianças com TEA. A maneira como os pais exercem o estilo parental não apenas influencia a interação cotidiana com seus filhos, mas pode servir como meio de lidar com os desafios específicos envolvidos na gestão de comportamentos desadaptativos associados ao transtorno. Além disso, os próprios desafios intensos que acompanham o cuidado de uma criança com TEA podem influenciar a maneira como os pais escolhem e adaptam seu estilo parental (Clauser et al., 2021). Com o objetivo de identificar e descrever diferentes padrões de comportamento parental, MacCoby (1984) indicou quatro parâmetros de estilos parentais: autoritário, autoritativo, indulgente e negligente. O estudo realizado por Glasgow et al. (2006) descreveu esses quatro estilos:

O estilo **autoritário** é caracterizado por pais que estabelecem regras rígidas e esperam obediência absoluta por parte dos filhos. Eles tendem a ser controladores, punitivos e menos responsivos às necessidades emocionais dos filhos. O estilo **autoritativo** é considerado o mais equilibrado e saudável. Os pais autoritativos estabelecem regras claras e consistentes, mas também demonstram afeto, apoio e abertura para a expressão dos sentimentos dos filhos. Eles promovem a autonomia e a responsabilidade dos filhos. O estilo **indulgente**, também conhecido

como permissivo, é caracterizado por pais que têm poucas exigências e poucas restrições aos comportamentos dos filhos. Eles são altamente responsivos às necessidades e desejos dos filhos, mas podem ter dificuldades em estabelecer limites e impor disciplina. O estilo **negligente** é caracterizado por pais que são negligentes em relação às necessidades emocionais e comportamentais dos filhos. Eles têm poucas exigências e pouco envolvimento nas vidas dos filhos, mostrando-se desinteressados ou ausentes em relação à parentalidade (Glasgow et al., 2006).

O modelo de estilos parentais proposto por Gomide (2006) examinou as estratégias de educação adotadas pelos pais, as quais podem influenciar o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais ou antissociais em seus filhos. Nesse modelo, são definidas sete práticas educacionais que representam o estilo parental. Dessas práticas, cinco estão associadas aos comportamentos antissociais (negativos), enquanto duas estão relacionadas a comportamentos pró-sociais (positivos).

As práticas educacionais que promovem comportamentos pró-sociais incluem: (1) monitoramento positivo e (2) ensino de valores morais. O monitoramento positivo envolve a supervisão e a disponibilidade parental, enquanto o comportamento moral abrange práticas educacionais que enfatizam valores como polidez, justiça, verdade/mentira e generosidade, com base no afeto (Gomide, 2005).

Por outro lado, as práticas educacionais que estão ligadas a comportamentos antissociais compreendem: (1) negligência, (2) punição inconsistente, (3) monitoramento negativo, (4) disciplina permissiva e (5) abuso físico. A negligência é caracterizada pela ausência de afeto, de cuidados educacionais e de saúde. A punição inconsistente envolve práticas disciplinares conflitantes dependentes do humor do cuidador. O monitoramento negativo refere-se à supervisão excessivamente hostil, enquanto a disciplina relaxada aborda a falta ou fragilidade de regras educacionais, e, por fim, a punição física/abuso físico refere-se ao uso de castigos

corporais como método educativo. Com base nessas práticas parentais, Gomide (2006) desenvolveu o Inventário de Estilos Parentais (IEP), com o objetivo de identificar tanto as práticas parentais positivas quanto as negativas utilizadas pelas famílias.

Poucos estudos investigaram o impacto das necessidades não atendidas dos cuidadores em vários aspectos da carga familiar percebida (Alibekova et al., 2022). Ademais, os estudos disponíveis sobre a relação pais/mães e filhos têm focado majoritariamente na orientação de pais e no quanto esses cuidadores podem atender e/ou adotar estilos parentais saudáveis com os seus filhos. Investigar a relação entre a ativação dos EIDs, estilos parentais e afetividade negativa das mães de crianças com TEA pode contribuir para um melhor entendimento do quanto essas mães necessitam de apoio e informação (Alibekova et al., 2022). Adicionalmente, é possível a construção de programas que facilitem o atendimento das necessidades emocionais destas mães, para que elas se sintam emocionalmente saudáveis no contato com seus filhos e acolhidas em suas necessidades emocionais básicas.

REFERÊNCIAS

- Alibekova, R., Chan, C. K., Crape, B., Kadyrzhanuly, K., Gusmanov, A., An, S., Bulekbayeva, S., Akhmetzhanova, Z., Ainabekova, A., Yerubayev, Z., Yessimkulova, F., Bekisheva, A., Ospanova, Z., & Rakhimova, M. (2022). Stress, anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorders in Kazakhstan: Prevalence and associated factors. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 9, 472–482. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.51>
- Alkhateeb, J. M., Hadidi, M. S., & Mounzer, W. (2022). The impact of autism spectrum disorder on parents in Arab countries: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 13, 955442. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.955442>
- Ansari, A. M. A., Janahi, M. I., AlTourah, A. J., Jahrami, H. A., & Rajab, M. B. (2021). Self-reported psychological disorders among the mothers of children with autism spectrum disorder, type 1 diabetes mellitus, and typically developed children. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 13(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s11689-021-09369y>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Baxter, J. (2000). The joys and justice of housework. *Sociology*, 34(4), 609–631. <https://doi.org/10.1177/S0038038500000389>
- Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153–163. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1116030>
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0014-5>
- Cardoso, B. L. A., Lima, A. F. A., Costa, F. R. M., Loose, C., Liu, X., & Fabris, M. A. (2024). Sociocultural implications in the development of early maladaptive schemas in

- adolescents belonging to sexual and gender minorities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), Artigo 8. <https://doi.org/10.3390/ijerph21080971>
- Clauser, P., Ding, Y., Chen, E. C., Cho, S.-J., Wang, C., & Hwang, J. (2021). Parenting styles, parenting stress, and behavioral outcomes in children with autism. *School Psychology International*, 42(1), 33–56. <https://doi.org/10.1177/0143034320971675>
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14(2), 117–132. <https://doi.org/10.1002/icd.384>
- Currie, G., & Szabo, J. (2020). Social isolation and exclusion: The parents' experience of caring for children with rare neurodevelopmental disorders. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1725362. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1725362>
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657–671. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00699.x>
- Glasgow, K., Dornbusch, S., Troyer, L., Steinberg, L., & Ritter, P. (2006). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high schools. *Child Development*, 68(3), 507–529. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb01955.x>
- Gomide, P. I. C., Salvo, C. G. de, Pinheiro, D. P. N., & Sabbag, G. M. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Psico-USF*, 10, 169–178. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000200008>

- Gomide, P. I. (2006). *Inventário de Estilos Parentais - IEP: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Editora Vozes.
- Maccoby, E. E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development*, 55(2), 317–328. <https://doi.org/10.2307/1129945>
- Martins, B. G., Silva, W. R. D., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de depressão, ansiedade e estresse: Propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 32-41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48–66. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>
- Neely, J., Amatea, E. S., Echevarria-Doan, S., & Tannen, T. (2012). Working with families living with autism: Potential contributions of marriage and family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(Suppl 1), 211–226. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00265.x>
- Picardi, A., Gigantesco, A., Tarolla, E., Stoppioni, V., Cerbo, R., Cremonte, M., Alessandri, G., Lega, I., & Nardocci, F. (2018). Parental burden and its correlates in families of children with autism spectrum disorder: A multicenter study with two comparison groups. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 14, 143–176. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010143>
- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: Comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 25–33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>
- Rasoulpoor, S., Salari, N., Shiani, A., Khaledi-Paveh, B., & Mohammadi, M. (2023). Determining the relationship between over-care burden and coping styles, and resilience

- in mothers of children with autism spectrum disorder. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01465-0>
- Rowbotham, M., Carroll, A., & Cuskelly, M. (2011). Mothers' and fathers' roles in caring for an adult child with an intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 58(3), 223–240. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2011.598396>
- Scott, S., & Crino, R. D. (2014). Early maladaptive schema and social and occupational functioning: The mediating role of psychiatric symptomatology. *Australian Journal of Psychology*, 66(4), 224–232. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12061>
- Spratt, E. G., Saylor, C. F., & Macias, M. M. (2007). Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, & Health*, 25(4), 435–449. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.25.4.435>
- Sundag, J., Zens, C., Ascone, L., Thome, S., & Lincoln, T. M. (2018). Are schemas passed on? A study on the association between early maladaptive schemas in parents and their offspring and the putative translating mechanisms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(6), 738–753. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000073>
- Watson, D., & Clark, L. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465–490. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide* (p. xii, 436). Guilford Press.

ESTUDO 1

Saúde mental de pais/mães de crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa a partir da terapia cognitivo-comportamental e terapia do esquema

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição complexa que impacta tanto as crianças que o apresentam quanto suas famílias, e sua prevalência tem ampliado consistentemente (CDC, 2020). Um estudo de Maenner et al. (2023) apontou que uma em cada 36 crianças foi identificada com TEA nos EUA.

A ausência de dados epidemiológicos precisos sempre representou um desafio no Brasil. A Lei nº 13.861/2019, que tornou obrigatória a inclusão de perguntas sobre autismo nos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), representou um importante avanço. No entanto, a pandemia de COVID-19 em 2020 impactou o cronograma do Censo Demográfico, que foi realizado em 2022. Ainda assim, a adição de perguntas sobre o autismo não englobou todos os domicílios entrevistados, visto que somente uma minoria, correspondendo a 11% dos domicílios, foi abordada com essas questões, o que pode impactar a integridade do resultado deste aspecto do levantamento (Freire & Nogueira, 2023). Até outubro de 2024, o IBGE ainda não divulgou os resultados da estimativa da população com TEA.

O estudo recente conduzido por Moraes (2024) foi o primeiro a estimar a frequência de autismo no Brasil, revelando uma prevalência de um caso a cada 30 crianças. Esse levantamento fornece dados significativos sobre a dimensão do TEA no país, suprimindo uma lacuna que dificultava o planejamento de políticas públicas e a alocação de recursos. Realizado pela Universidade de Passo Fundo (UPF), localizada no Rio Grande do Sul, em parceria com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) local, o estudo avaliou todas as crianças entre 2,5 e 12 anos de idade residentes em Coxilha, um pequeno município no norte do estado.

Receber o diagnóstico de TEA de um filho frequentemente, traz sentimentos de negação, tristeza e decepção nos pais (Corcoran et al., 2015). Inicialmente, alguns pais e mães experimentam negação, relutando em aceitar o diagnóstico de TEA para seus filhos e, frequentemente, os pais são descritos na literatura como aqueles que mantêm essa negação por um período mais prolongado em comparação com as mães (Schwartz, 2001). A experiência de ser mãe de uma criança com TEA, especialmente para as cuidadoras primárias, está frequentemente associada a níveis aumentados de afetividade negativa, manifestada por sintomas como depressão e ansiedade, em comparação com os pais (Kulasinghe et al., 2022). Frequentemente, pais e mães de crianças com TEA enfrentam desafios emocionais (Falk et al., 2014; MacKenzie & Eack, 2021; Solomon & Chung, 2012) e psicológicos (Dunn et al., 2001; Hayes & Watson, 2013; Neff et al., 2014; Schnabel, 2020), que resultam de uma convivência que demanda um entendimento profundo e uma constante adaptação às necessidades de seus filhos (Solomon & Chung, 2012).

Nos últimos anos, observa-se o crescente interesse da comunidade científica em buscar abordagens que possam compreender tais desafios emocionais e psicológicos (Kulasinghe et al., 2022). Entre as abordagens psicológicas que estão engajadas em estudar o sofrimento de pais e mães de crianças com TEA está a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que é uma modalidade de psicoterapia baseada em evidências que visa modificar crenças desadaptativas, distorções cognitivas e padrões comportamentais problemáticos que perpetuam o estresse e o sofrimento emocional (Beck & Haigh, 2014). A TCC direciona sua atenção para a influência das crenças centrais e dos pensamentos automáticos no momento presente. Além disso, se consolidou como uma abordagem eficaz para uma ampla gama de condições de saúde mental, figurando como padrão ouro para diversas demandas (David et al., 2018).

No entanto, em situações em que os problemas crônicos estão enraizados em experiências da infância, carências emocionais não atendidas e esquemas desadaptativos

formados nesse período, a Terapia do Esquema (TE) expande o modelo da TCC, proporcionando uma perspectiva inovadora que auxilia na identificação e tratamento de esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) que podem ser resistentes às abordagens convencionais (Young et al., 2003). Em particular, os EIDs podem contribuir para relações prejudiciais dentro da família, incluindo uma educação instável dos filhos baseada em punições, rejeição, frieza emocional, rigidez, inconstância, dependência insegura, controle inadequado dos pais, escassez de tempo dedicado aos filhos e a ausência de relações positivas (Shahryari et al., 2014).

Considerando a relação mútua entre os problemas comportamentais de uma criança com TEA e a pressão psicológica sobre os pais e mães, pode-se indicar que o estresse crônico causado pela interação com crianças com TEA tende a trazer maior sofrimento psicológico nos cuidadores em comparação com os pais de crianças típicas (Lashkami et al., 2021). Assim, a TE pode abordar os EIDs dos cuidadores com o potencial de melhorar os padrões de relacionamento entre eles e os filhos (Havighurst et al., 2010).

Um estudo realizado por Dahmardeh et al. (2021) com 30 mães de alunos com deficiência intelectual no Irã, distribuídas em dois grupos – um de controle e o outro experimental (baseado em TE) – demonstrou que uma intervenção focada na identificação dos EIDs foi eficaz em aumentar a resiliência e a tolerância ao sofrimento de mães desses estudantes. A intervenção ofereceu uma forma de proteção contra disfunções de humor relacionadas ao estresse, reduzindo a ruminação e o impacto negativo de eventos estressores recorrentes. Esse mesmo estudo demonstrou que a TE pode melhorar a capacidade das mães de crianças com deficiência, no que diz respeito à avaliação de emoções, regulação emocional e tolerância ao sofrimento. Uma limitação desse estudo foi a dificuldade em reunir uma amostra aleatória durante a pandemia de COVID-19, além da falta de cooperação de alguns participantes.

A TE pode auxiliar os cuidadores a melhor controlar seus afetos, resultando na redução de problemas interpessoais crônicos e instabilidade emocional, oferecendo aos pais a oportunidade de superar a evitação e a avaliação negativa, substituindo-as por estilos de enfrentamento adaptativos (Lashkami et al., 2021). Contudo, há uma escassez de estudos que indiquem os direcionamentos para as intervenções sob este modelo teórico com pais de crianças neurodivergentes. Estudos de revisão nesses tópicos podem fornecer um panorama da área e identificar lacunas importantes para investigação adicional, além de orientar o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências para melhorar a qualidade de vida das famílias de crianças com TEA.

Desta forma, a pergunta de pesquisa norteadora deste estudo é: “Qual é o atual estado da literatura sobre a saúde mental de pais e mães de crianças com TEA a partir da perspectiva da terapia cognitivo-comportamental e da terapia do esquema?”. Esse estudo tem como objetivo principal mapear e sintetizar informações sobre a saúde mental de pais e mães de crianças com TEA, abordando essa questão sob a perspectiva da TCC e da TE. São objetivos específicos desta pesquisa: a) apontar os estudos que abrangem indicadores da saúde mental de pais e mães de crianças com TEA na TCC e na TE, b) identificar lacunas e tópicos de pesquisa na literatura, c) encaminhar uma agenda de pesquisa sob enfoque da TE.

Método

Para alcançar o objetivo proposto, este estudo seguiu as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). A revisão integrativa tem como objetivo resumir pesquisas e permitir conclusões abrangentes a partir de um conjunto de estudos sobre um tópico específico. Ela envolve uma análise ampla da literatura, discussão dos métodos e resultados, além de reflexões sobre possíveis direções para futuras pesquisas (Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

Procedimento de coleta

Seis bases de dados foram consideradas nesta revisão: PubMed, APA Psychnet, Web of Science, Scopus, LiLACS e SciELO. A pesquisa dos descritores foi realizada entre 13 de outubro de 2023 e 14 de outubro de 2023, com artigos publicados entre 1990 (período condizente com o lançamento da TE) e 2023. Foram considerados os artigos recuperados em inglês, espanhol e/ou português. Não foram encontrados artigos nas plataformas LiLACS e SciELO (ver Figura 1). Para este estudo, os descritores foram combinados usando os operadores booleanos “AND” e “OR” para melhorar a precisão da busca. O operador “AND” é usado para combinar dois ou mais termos, restringindo a busca aos artigos que contenham todos os termos incluídos. Já o operador “OR” é usado para expandir a busca, incluindo artigos que contenham pelo menos um dos termos incluídos. Os descritores incluíram: (parents AND “mental health” AND autism) AND (“cognitive behavioral therapy” OR “schema therapy”).

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: (a) conter no resumo, título ou palavras-chave a menção da terapia cognitivo-comportamental e/ou terapia do esquema e a saúde mental de pais de crianças com TEA. Já o critério de exclusão foram: estudos (a) que envolvam a avaliação da saúde mental das crianças – sem avaliar a dos pais, e (c) estudos que não abrangem pais/mães de crianças com TEA. A escolha dos artigos foi realizada por dois pesquisadores independentes, que seguiram os critérios de inclusão e exclusão predefinidos, além de eventuais critérios emergentes durante a revisão dos artigos.

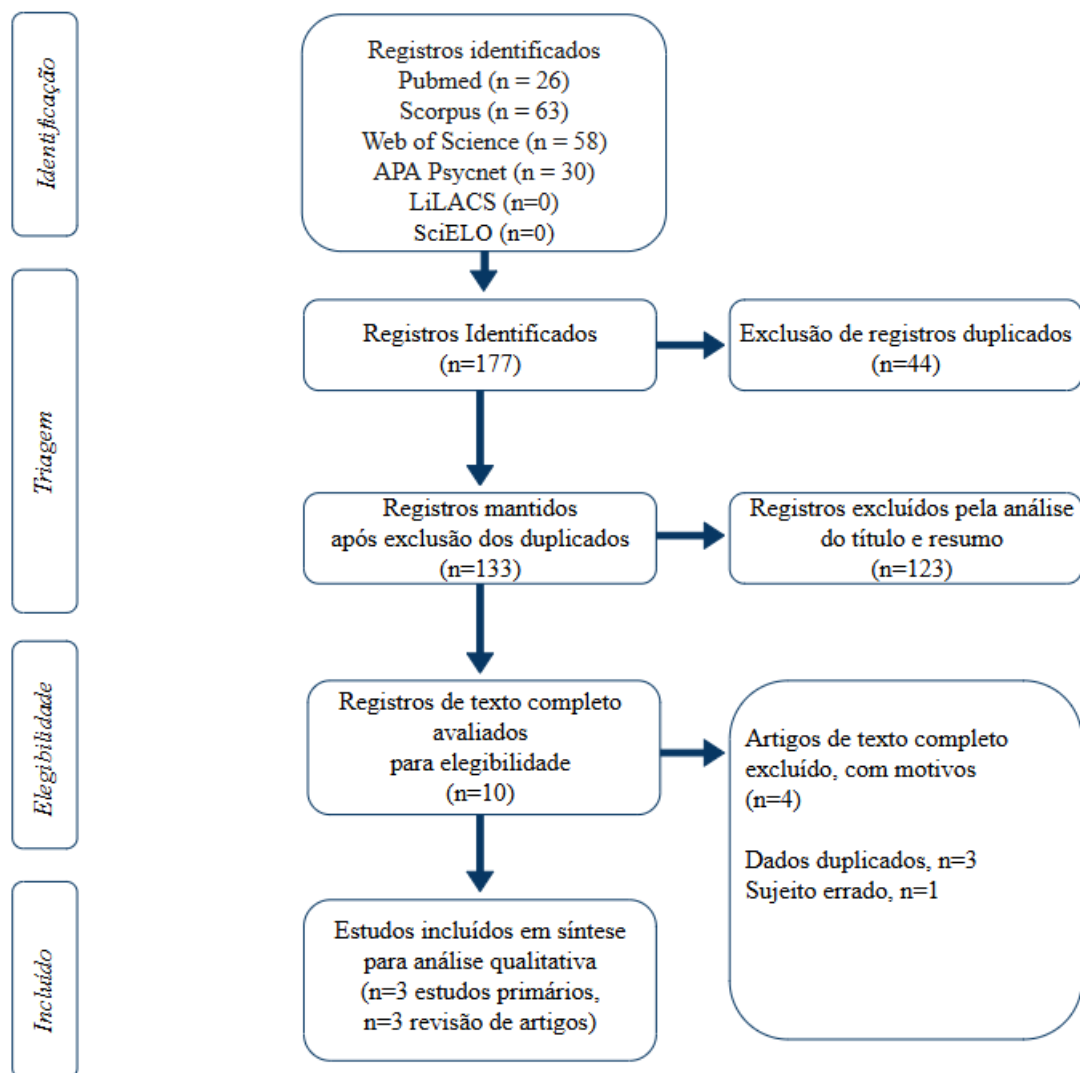
Tratamento de dados

A análise dos dados foi conduzida empregando métodos descritivos e de síntese, utilizando ferramentas de análise de dados como Excel e JASP. Os resultados foram apresentados em tabela para facilitar a visualização das características de cada estudo. Todos os resultados provenientes de cada uma das bases de dados foram posteriormente compilados

em um arquivo e submetidos à avaliação de dois pesquisadores separadamente, com o uso da ferramenta de avaliação Rayyan garantindo a imparcialidade do estudo. Um fluxograma ilustrando o processo de seleção e exclusão de estudos foi desenvolvido (ver Figura 1), abrangendo a eliminação de artigos duplicados, a avaliação de títulos e resumos, bem como a análise do conteúdo integral dos artigos.

Figura 1

Fluxograma de seleção de artigos



Fonte: autoria própria (2023)

O protocolo de extração dos dados considerou as informações: (a) bibliográficas (nome dos autores, ano de publicação, país), (b) aspectos metodológicos (tipo de estudo: teórico e/ou

empírico; se teórico, especificou-se qual tipo de revisão (ensaio teórico/revisão narrativa, revisão sistemática, revisão de escopo); se empírico, indicou-se o delineamento do estudo (p. ex. caracterização/correlacional, modelo de intervenção; amostra (n); instrumentos utilizados; variáveis relacionadas) e (c) objetivos (cf. Tabela 2).

Resultados

Foram identificados inicialmente 177 artigos para a revisão integrativa, que foram organizados na ferramenta de avaliação *Rayyan*. Após a remoção de 44 duplicatas, o número foi reduzido para 133, momento em que foi realizada uma análise do título e resumo, resultando na exclusão de 123 artigos, por não se encaixarem nos critérios desta pesquisa. Do total, 10 artigos foram selecionados por dois pesquisadores independentes para uma leitura do texto na íntegra. Desses, seis foram considerados adequados aos objetivos desta revisão, sendo, assim, selecionados para análise de dados.

Todos os seis estudos mencionaram de alguma forma a TCC e um dos estudos abordou a participação dos pais na intervenção em TCC realizada em seus filhos com o objetivo de identificar se a TCC afetava a saúde mental, parentalidade e emoções expressas dos pais. No entanto, nenhum artigo abordou a TE. Dos artigos incluídos no estudo, três eram empíricos (de intervenção) e três teóricos. Dos estudos de intervenção, dois são ensaios clínicos randomizados (ECR) e um com desenho quase-experimental. Dos teóricos, os três são revisões sistemáticas.

Um aspecto que se repetiu em quatro estudos foi que os participantes em maior número são as mães de crianças com TEA, portanto, com menor número de pais, e os outros dois estudos tinham como público-alvo apenas mães de crianças com TEA. Entre as variáveis relacionadas nos seis estudos constaram estresse, depressão, ansiedade, bem-estar psicológico, qualidade de vida, satisfação com a vida dentre outras.

Tabela 2

Breve resumo das características dos estudos empíricos encontrados

Autores (Ano) / País	Amostra	Instrumentos utilizados	Desenho do estudo / Medidas / Análise	Variáveis relacionadas (país)	Objetivo	Intervenção
Anclair et al. (2017) Suécia	19 Pais de crianças menores de 18 anos com condições crônicas. 17 dos 19 participantes eram mulheres.	SF-36; Foi criado um questionário onde os clientes responderam perguntas sobre sua satisfação com a vida.	Um desenho quase experimental de dois grupos com medidas iniciais e pós-intervenção	Qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) e na satisfação com a vida	O objetivo deste estudo de viabilidade foi examinar a qualidade de vida relacionada à saúde e a satisfação com a vida de pais de crianças com condições crônicas antes e depois de concluída a terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou intervenção de atenção plena (MF).	TCC e Mindfulness
Feinberg et al. (2014) EUA	122 mães de crianças com TEA, 59 mães foram randomizadas para receber PSE e 63 para receber cuidados habituais.	<i>Parenting Stress Index Short Form</i> (PSI) Abidin R, 1997/2012; <i>Quick Inventory of Depressive Symptomatology</i> (QIDS). <i>Brief Coping Orientation to Problems</i> Carver, 1997; <i>Parent/Primary Caregiver Form of the Communication Scale of the Adaptive Behavior Assessment System</i> (ABAS II), 2008.	ECR – ensaio clínico randomizado	Estresse e depressão.	Investigar se uma intervenção cognitivo-comportamental breve, educação para resolução de problemas (PSE), diminui o estresse parental e os sintomas depressivos maternos durante o período imediatamente após o diagnóstico de TEA de uma criança.	Intervenção cognitivo-comportamental manualizada adaptada do tratamento de resolução de problemas

Autores (Ano) / País	Amostra	Instrumentos utilizados	Desenho do estudo / Medidas / Análise	Variáveis relacionadas (país)	Objetivo	Intervenção
Maughan & Weiss (2017) Canadá	57 pais de crianças com TEA, sendo 80,7% de mães	<i>Autism-Specific Five-Minute Speech Sample</i> (AFMSS; Benson et al. 2011); <i>Parenting Scale</i> (PS; Arnold et al. 1993); <i>Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale</i> (IEM-P; unpublished dissertation; Duncan 2007); <i>Depression Anxiety Stress Scale</i> (DASS-21, Lovibond 1995); <i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Version</i> (CERQ; Garnefski and Kraaij 2006); <i>Internalizing and Externalizing subscales of the parent-report Behavior Assessment Scale for Children, 2nd edition</i> (BASC-2; Reynolds and Kamphaus 2004); <i>Clinical Global Impression Scale—Severity and Improvement</i> (CGI-S and CGI-I; Guy 1976).	ECR – ensaio clínico randomizado	Saúde mental: regulação emocional, depressão, ansiedade e estresse; Parentalidade (paternidade consciente e parentalidade negativa) e EE (EE geral e proporção de comentários positivos em relação ao total).	Examinar a mudança dos pais após a participação em um programa de TCC que envolviam os pais e focado em melhorar a regulação emocional em crianças com TEA.	TCC

Estudos de intervenção

Os dois ensaios clínicos randomizados trouxeram contribuições a respeito da TCC como intervenção. O estudo de Feinberg et al. (2014) investigou se uma intervenção breve da TCC - educação para resolução de problemas (PSE) - seria eficaz na diminuição do estresse parental e dos sintomas depressivos maternos durante o período imediatamente após o diagnóstico TEA de uma criança, enquanto o estudo de Maughan et al. (2017) examinou como a participação de pais na TCC realizada com seus filhos afetaria a saúde mental, a parentalidade e emoções desses pais.

O ECR de Feinberg et al. (2014) teve uma amostra de 122 mães de língua inglesa ou espanhola, com filhos menores de seis anos que haviam recebido recentemente o diagnóstico de TEA. As participantes foram selecionadas a partir de uma clínica de autismo que atende famílias urbanas, etnicamente diversas e que em sua maioria apresentam de baixa renda e em seis programas de intervenção precoce da área de Boston. As mães foram alocadas aleatoriamente, para intervenção PSE ou para cuidados habituais. O programa de PSE completo envolveu seis sessões individuais (de 30 a 45 minutos de duração). As sessões eram baseadas em apostilas e as mães trabalhavam individualmente com um intervencionista treinado para identificar um problema único e mensurável. Em seguida, seguiam um processo que incluía a definição de metas, *brainstorming*, avaliação de soluções, a escolha de uma solução e, por fim, o desenvolvimento de um plano de ação. O estudo tinha como objetivo investigar se uma intervenção cognitivo-comportamental breve, a PSE, diminuiria o estresse parental e os sintomas depressivos maternos durante o período imediatamente após o diagnóstico de TEA de uma criança. Os instrumentos utilizados estão listados na Tabela 2. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas presenciais, no início do estudo e três meses após a primeira sessão de intervenção (grupo PSE) ou três meses após a avaliação inicial (cuidados habituais). Observou-se que 111 pares mãe-filho (91,0%; 53 PSE e 58 cuidados habituais) completaram a avaliação

de três meses. As mães que receberam a intervenção PSE apresentaram uma probabilidade significativamente menor de relatar estresse parental clinicamente significativo em comparação com as mães que receberam cuidados habituais (4% vs. 29%; risco relativo ajustado [aRR], 0,17; Intervalo de confiança [IC] 95%, 0,04 a 0,65). Apesar da diferença média significativa nas pontuações de estresse parental nos modelos não ajustados, essa diferença não se manteve após o ajuste para o estresse parental inicial (pontuação PSI: 85,5 com PSE vs. 94,2 com cuidados habituais; diferença média ajustada, -5,61; IC 95%, -12,79 a 1,56). As mães que receberam PSE tiveram uma redução de 67% na probabilidade de relatar sintomas depressivos clinicamente significativos em comparação com as mães que receberam cuidados habituais (6% vs. 22%; aRR, 0,33; IC 95%, 0,10 a 1,08). Resultados semelhantes, mas estatisticamente significativos, favoreceram a intervenção na redução dos sintomas depressivos médios (pontuação QIDS: 4,6 com PSE vs. 6,9 com cuidados habituais; diferença média ajustada, -1,67; IC 95%, -3,17 a -0,18). O estudo demonstrou a eficácia do PSE em curto prazo para diminuir o estresse dos pais e os sintomas depressivos nos meses seguintes ao diagnóstico de TEA em seu filho. Logo, os resultados de acompanhamento por três meses sugerem o potencial da intervenção para reduzir o sofrimento psicológico clinicamente significativo durante esta conjuntura crítica – quando os pais são solicitados a navegar num complexo sistema de serviços em nome dos seus filhos.

O estudo de Maughan et al. (2017) consistiu em um estudo piloto com 57 pais/mães de crianças com TEA, sendo 80,7% mães. O objetivo deste estudo foi avaliar se houve uma melhora na depressão, regulação emocional, percepções dos filhos e na parentalidade consciente dos pais após seus filhos terem participado de um programa de TCC voltado para aprimorar a regulação emocional dessas crianças com TEA. As escalas utilizadas estão relacionadas na Tabela 2. Após a consulta inicial, as famílias foram submetidas a um processo de randomização para receber tratamento imediato (TI) ou entrar em um grupo de controle de

lista de espera (WLC). O grupo TI começou a terapia dentro de uma semana, enquanto os pais das crianças no grupo WLC foram orientados a não inscrever seus filhos em qualquer outra terapia de TCC ou terapia direcionada ao TEA. Os pais não foram proibidos de buscar seu próprio tratamento, se assim o desejassem. O plano de intervenção proposto foi manualizado e executado em 10 sessões individuais, destinadas às crianças com TEA. Embora o foco da terapia fosse a criança, os pais participaram ativamente em todas as sessões. O manual fornecido aos pais resumiu os principais conceitos ensinados nas sessões, mas não continha instruções diretas aos pais para aliviar a sua própria depressão, ansiedade ou estresse, nem foram ensinadas técnicas de disciplina ou parentalidade consciente, ou mesmo encorajados a mudar as suas percepções sobre os seus filhos. Os resultados do estudo no pós-intervenção revelaram diferenças significativas entre os grupos em relação à depressão relatada pelos pais, mesmo após o controle das pontuações de antes da intervenção (Tempo 1). Houve também uma tendência para que as pontuações médias globais da DASS-21 fossem mais baixas no grupo de tratamento no Tempo 2 ($F(1,53) = 3,86, p = 0,06, n^2 = 0,03$). As pontuações não representaram diferenças entre os grupos nas escalas de Ansiedade ou Estresse. Além disso, as pontuações médias globais do questionário de regulação emocional (CERQ) foram diferentes no Tempo 2 ($F(1,53) = 7,81, p = 0,007, n^2 = 0,08$), o que demonstrou que a TCC abordou indiretamente os problemas de saúde mental dos pais, embora não se saiba se os pais realizaram terapia individual à parte.

O trabalho de Anclair et al. (2017) consistiu em um desenho quase experimental de dois grupos com medidas iniciais e no pós-intervenção. Os participantes ficaram em lista de espera por seis meses antes de serem randomizados para o grupo de intervenção estruturada de TCC ($n = 10$) ou para o grupo de intervenção estruturada de Mindfulness ($n = 9$). A duração dos tratamentos em grupo foi de oito semanas, com sessões semanais de duas horas. Os autores apontam que tanto a TCC quanto o *Mindfulness* tiveram impactos positivos na qualidade de

vida e na satisfação com a vida dos pais, ensinando-os a lidar com desafios emocionais enfrentados por pais de crianças com deficiência. Ambos os grupos de tratamento experimentaram melhorias significativas em aspectos ligados ao relacionamento com os filhos, à gestão do tempo livre e à qualidade das relações com os parceiros. A associação entre o bem-estar materno e as características do comportamento dos infantes também foi identificada, sublinhada a necessidade de se considerar o cuidado integral tanto dos pais quanto das crianças em tais intervenções. No entanto, vale ressaltar que, apesar das melhorias substanciais na qualidade de vida e na satisfação com a vida, os escores de bem-estar físico não apresentam diferenças significativas após o tratamento, sugerindo que o impacto nas dimensões físicas da saúde dos pais foi semelhante, independentemente da abordagem terapêutica escolhida.

Estudos teóricos

A revisão sistemática conduzida por Merriman et al. (2020) abordou oito estudos com uma amostra de 307 pais de crianças com TEA, sendo que dois desses estudos incorporaram características essenciais de uma estrutura de TCC como parte de sua intervenção. Esses dois estudos envolveram um total de 36 participantes, todos eles mães. No primeiro estudo, a intervenção não resultou em uma redução significativa no estresse parental, entretanto, as mães que receberam o tratamento relataram um maior uso de apoio social, o que se correlacionou com uma menor sensação de desesperança. Em contraste, no segundo estudo, que também usou uma abordagem baseada na TCC, a angústia e o estresse parental foram significativamente reduzidos após a intervenção. Vale ressaltar que essa segunda intervenção também incluiu elementos de *Mindfulness* e treinamento de habilidades de relacionamento, mais detalhes podem ser consultados na Tabela A1, do Apêndice A.

Quanto às revisões sistemáticas com metanálise, a de Li et al. (2023) e a de Bourke-Taylor et al. (2021) destacaram os impactos positivos das intervenções baseadas na TCC em mães de crianças com deficiência, embora tenham focado em diferentes tipos de deficiências.

Li et al. (2023) examinaram intervenções baseadas na TCC em mães de crianças com diferentes tipos de deficiências de desenvolvimento, incluindo TEA, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Paralisia Cerebral, Deficiência Intelectual e Deficiência do Desenvolvimento Misto, destacando a eficácia na redução do estresse parental, de sintomas depressivos, ansiedade, sofrimento parental e na melhoria do bem-estar parental. Bourke-Taylor et al. (2021), por outro lado, concentraram-se em 31 estudos que envolveram 1.928 mães, incluindo aquelas com crianças com TEA, e identificaram que abordagens cognitivo-comportamentais – incluindo TCC e psicoeducação (em relação a abordagem: educação sobre saúde e promoção da saúde, saúde mental, estresse, ansiedade e enfrentamento) – também reduziram o estresse parental e melhoraram a saúde mental das mães.

Discussão

O objetivo desta revisão foi mapear e sintetizar informações sobre a saúde mental de pais e mães de crianças com TEA, abordando essa questão sob a perspectiva da TCC e da TE, além de apontar os estudos que abrangem indicadores da saúde mental de pais e mães de crianças com TEA na TCC e na TE, e identificar lacunas e tópicos de pesquisa na literatura, com o intuito de encaminhar uma agenda de pesquisa sob o enfoque da TE.

Com os estudos recuperados nesta revisão, observou-se que a TCC vem sendo utilizada como uma intervenção para melhorar a saúde mental de pais de crianças com TEA (Anclair et al., 2017; Feinberg et al., 2014; Maughan et al., 2017), embora, como identificado nos dados desta pesquisa, ainda exista a necessidade de mais ECR, replicações e aplicações em diferentes contextos para consolidar a TCC como uma abordagem eficaz para esse contexto. Destaca-se ainda que nenhum estudo voltado para esse público foi encontrado com enfoque na TE e que os estudos encontrados nesta revisão são transversais, o que evidencia também a necessidade da elaboração de estudos longitudinais, a fim de entender a sustentabilidade dos benefícios dessas abordagens e como as necessidades dos pais evoluem ao longo do tempo.

A escassez de pesquisas nesta temática revela uma área emergente que carece de futuras investigações. Para isso, sugere-se o desenvolvimento de ECRs, inclusão de pais e mães em quantidades similares nas amostras, e também a inclusão de diferentes contextos culturais e socioeconômicos, a fim de garantir resultados sólidos e relevantes para esse campo de estudos. Em particular, sugere-se a criação de intervenções baseadas na TE, que considerem as características individuais das famílias e as necessidades específicas das crianças com TEA, garantindo que as soluções propostas sejam adaptadas e testadas quanto à sua eficácia para essa situação. Nesse contexto, faz-se imperativa a realização de pesquisas de longo prazo, a fim de avaliar os efeitos sustentados da TE na saúde mental dos pais e na dinâmica familiar. Pesquisas desta natureza poderão fornecer insights sobre a durabilidade dos benefícios oferecidos pela TE e sua eficácia a longo prazo.

Os indicadores mais investigados na saúde mental desses pais e mães foram estresse, ansiedade e depressão (Feinberg et al., 2014; Maughan et al., 2017; Merriman et al., 2020). Esses autores levantam diversas hipóteses para direcionar os estudos primariamente para esses indicadores, como: o diagnóstico de TEA pode aumentar a carga emocional e prática sobre os pais, pela necessidade de lidar com desafios comportamentais e de desenvolvimento das crianças, o que, além de elevar os níveis de estresse, pode levar ao desenvolvimento ou aumento da ansiedade; pelos ajustes nas expectativas e rotinas dos pais e da família; pela dificuldade em atender às necessidades específicas das crianças e a preocupação constante com o futuro; pelo isolamento social que pode ocorrer devido à falta de compreensão e/ou apoio da comunidade; e pela indisponibilidade e acesso a recursos e rede de apoio. Contudo, deve-se considerar a importância em abranger mais indicadores, como o bem-estar geral e a qualidade das relações familiares, a fim de fornecer uma visão multifatorial e mais abrangente do impacto das intervenções e da avaliação da saúde mental desses cuidadores.

Os resultados encontrados nos estudos considerados apontaram uma preferência por intervenções terapêuticas que combinam abordagens cognitivo-comportamentais e psicoeducacionais para apoiar a saúde mental das mães de crianças com deficiência (Anclair et al., 2017; Bourke-Taylor et al., 2021; Merriman et al., 2020). No geral, os estudos em questão referem-se à sub-representação dos pais como participantes ativos, em contraste com as mães (Anclair et al., 2017; Maughan & Weiss, 2017). Identificou-se também a necessidade de estudos focados na saúde mental e no bem-estar parental como resultado primário, incluindo metas de saúde para esses pais, contribuindo assim para uma parentalidade mais saudável e intervenções que combinem Mindfulness com a TCC, uma vez que as evidências indicaram que essas abordagens integradas podem ser mais benéficas do que aplicadas de forma isolada (Anclair et al., 2017; Li et al., 2023; Merriman et al., 2020).

Em particular, observa-se na TCC o foco na modificação de cognições e comportamentos específicos, enquanto na TE percebe-se o foco nas intervenções em níveis mais profundos, incluindo mudanças na estrutura cognitiva e emocional subjacente (Young et al., 2003), o que pode ser benéfico ao lidar com questões emocionais e relacionais complexas que frequentemente surgem na dinâmica familiar de crianças com TEA. No entanto, conforme previamente mencionado, não foram encontrados estudos que relacionem a TE e a saúde mental de pais e mães de crianças com TEA. Contudo, deve-se considerar a hipótese de que esta poderia ser uma abordagem terapêutica importante e viável para pais/mães dessas crianças, uma vez que eventos precoces podem ter impacto significativo na percepção e na resposta dos pais às necessidades de seus filhos (Yaryari et al., 2018). O estudo de Yaryari et al. (2018) também discutiu a intervenção com TE em pais de crianças com outras deficiências que não o TEA, onde os resultados apontaram que instruir os pais e auxiliá-los a reconhecer e a atender de maneira apropriada às NEBs de seus filhos, conforme o modelo de Young et al. (2003), pode aprimorar o estilo parental dos pais/mães, contribuindo assim para uma parentalidade mais

saudável. Ao abordar as dinâmicas familiares e os padrões relacionais, a TE poderia ajudar os pais a desenvolverem uma compreensão mais profunda de como seus próprios esquemas influenciam a interação com seus filhos.

Considerações finais

Com essa revisão, foi possível compreender que as intervenções com pais e mães de crianças com TEA frequentemente se concentram nas habilidades parentais para reduzir comportamentos desafiadores de seus filhos, com benefícios secundários relatados para os pais/mães. Contudo, infelizmente, a saúde mental dos pais é frequentemente negligenciada pelos profissionais.

Os dados apresentados nesta revisão também devem ser considerados em suas especificidades e limitações entre as amostras analisadas. Houve uma escassez de estudos para inclusão na base de dados e tamanhos pequenos das amostras nos artigos. Outra limitação esteve relacionada ao número de pais, que não foi representativo em relação às mães, o que contribuiu para a não-heterogeneidade dos dados.

Com base nos achados, novas pesquisas são indicadas para focar diretamente na qualidade de vida dos cuidadores, além da redução do estresse parental, visando a criação de um ambiente de apoio integral para esses indivíduos. A falta de estudos sobre a aplicação de TE nessa população indica a importância de investigações futuras que explorem como essa abordagem pode impactar positivamente a saúde mental dos cuidadores de crianças com TEA.

Referências

- Anclair, M., Hjärthag, F., & Hiltunen, A. J. (2017). Cognitive behavioural therapy and mindfulness for health-related quality of life: Comparing treatments for parents of children with chronic conditions - A pilot feasibility study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.2174/1745017901713010001>
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Bourke-Taylor, H. M., Lee, D.-C. A., Tirlea, L., Joyce, K., Morgan, P., & Haines, T. P. (2021). Interventions to improve the mental health of mothers of children with a disability: Systematic review, meta-analysis and description of interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(10), 3690–3706. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04826-4>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Data and statistics on autism spectrum disorder*. https://www.cdc.gov/autism/dataresearch/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html
- Corcoran, J., Berry, A., & Hill, S. (2015). The lived experience of US parents of children with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(4), 356–366. <https://doi.org/10.1177/1744629515577876>
- Dahmardeh, T., Shirazi, M., & Arab, A. (2021). The effectiveness of schema therapy on distress tolerance and resilience of mothers with mentally retarded students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 23(6), 443–451. <https://doi.org/10.22038/JFMH.2023.23298>

- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004>
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37(1), 39–52. <https://doi.org/10.1023/A:1026592305436>
- Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3185–3203. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2189-4>
- Feinberg, E., Augustyn, M., Fitzgerald, E., Sandler, J., Ferreira-Cesar Suarez, Z., Chen, N., Cabral, H., Beardslee, W., & Silverstein, M. (2014). Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: Results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 168(1), 40–46. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3445>
- Freire, J. M. de S., & Nogueira, G. S. (2023). Considerações sobre a prevalência do autismo no Brasil: Uma reflexão sobre inclusão e políticas públicas. *Revista Foco*, 16(3), e1225–e1225. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n3-009>
- Gomide, P. I. (2006). *Inventário de Estilos Parentais - IEP: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Editora Vozes.
- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Prior, M. R., & Kehoe, C. (2010). Tuning in to Kids: Improving emotion socialization practices in parents of preschool children – Findings from a community trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1342–1350. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02303.x>
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without

- autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629–642. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y>
- Kulasinghe, K., Whittingham, K., Mitchell, A. E., & Boyd, R. N. (2023). Psychological interventions targeting mental health and the mother–child relationship in autism: Systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(3), 329–345. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15432>
- Lashkami, Z., Shirazi, N., & Mousavi, A. (2021). Comparison of early maladaptive schemas and defense mechanisms in mothers of children with autistic and normal. *University of Mohaghegh Ardabili Scientific Repository: International Conference on Exceptional Children-September 2020*.
- Li, S., Yong, Y., Li, Y., Li, J., & Xie, J. (2023). Cognitive-based interventions for improving psychological health and well-being for parents of children with developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06063-x>
- MacKenzie, K. T., & Eack, S. M. (2022). Interventions to improve outcomes for parents of children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(7), 2859–2883. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05164-9>
- Maenner, M. J. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR. Surveillance Summaries*, 72. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>
- Maughan, A. L., & Weiss, J. A. (2017). Parental outcomes following participation in cognitive behavior therapy for children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and*

- Developmental Disorders*, 47(10), 3166–3179. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3224-z>
- Merriman, K., Burke, T., & O'Reilly, G. (2020). A systematic review of the effectiveness and efficacy of clinician-led psychological interventions for parents of children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 76, 101584. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101584>
- Moraes, L. (2024, dezembro 10). Primeiro estudo de frequência de autismo no Brasil revela 1 caso a cada 30 crianças. Veja. <https://veja.abril.com.br/saude/primeiro-estudo-de-frequencia-de-autismo-no-brasil-revela-1-caso-a-cada-30-criancas>
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0359-2>
- Schnabel, A., Youssef, G. J., Hallford, D. J., Hartley, E. J., McGillivray, J. A., Stewart, M., Forbes, D., & Austin, D. W. (2020). Psychopathology in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Autism*, 24(1), 26–40. <https://doi.org/10.1177/1362361319844636>
- Schwartz, M. (2001). *Understanding the well-being of the primary caretakers of autistic children* (UMI No. 3323874). ProQuest Dissertations database. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/250068197?accountid=14780>. Acesso em: 20 set. 2023
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. dos. (2010). Satisfação conjugal: Revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 525–532. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300015>
- Shahryari, M., Hosseinfard, S. M., & Mahani, K. N. (2014). Comparing early maladaptive schemas of mothers of children. 2(1).

- Solomon, A. H., & Chung, B. (2012). Understanding autism: How family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders. *Family Process*, 51(2), 250–264.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01399.x>
- Yaryari, F., Ayoubi, T., & Mantazeri, G. A. (2018). The effectiveness of teaching the principles of parenting based on Young's approach on the parenting style of parents in the suburbs of Karaj (Persian). Paper presented at the *First National Conference on Sustainable Development in Humanities and Cultural Studies of Iran*, Tehran, Iran, 11 September 2018. <https://civilica.com/doc/798422/>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide* (p. xii, 436). Guilford Press.

ESTUDO 2

Ativações esquemáticas, estilos parentais e afetividade negativa de mães de crianças com autismo em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico

O sofrimento mental de pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem sido um tema de crescente interesse na literatura científica devido às demandas e desafios que esses pais enfrentam (Ang & Loh, 2019; Li et al., 2023; Limbers et al., 2020; Zhang et al., 2023). Criar uma criança com deficiência de forma adequada exige tempo, atenção e desenvolvimento de competências (Bourke-Taylor et al., 2010). Uma criança com diagnóstico de TEA pode influenciar significativamente o bem-estar psicológico dos pais, especialmente das mães, que muitas vezes assumem um papel central nos cuidados diários (Estes et al., 2013).

A literatura sugere que, na maioria dos casos, os primeiros sintomas de TEA podem ser detectados até os 18 meses de idade (Baghdadli et al., 2003). Os primeiros sinais incluem baixa responsividade ao nome, contato visual reduzido e atraso no desenvolvimento da linguagem (Zwaigenbaum et al., 2019). No entanto, o diagnóstico preciso do TEA pode ser complexo e demorado, devido à variabilidade dos sintomas e à sobreposição com outros transtornos do desenvolvimento (Lord et al., 2006). Ainda que os sinais de TEA possam ser detectados em tenra idade, a média de idade para o diagnóstico formal tende a ser mais elevada. Ele normalmente ocorre em média entre os 4 e 5 anos de idade, também devido a atrasos no reconhecimento dos sintomas pelos pais e profissionais de saúde (Maenner et al., 2020).

Professores e outros profissionais da educação conseguem observar padrões de desenvolvimento e comportamento que podem indicar a presença do TEA nas crianças (Schopler et al., 1998). Na terceira infância, as demandas sociais e acadêmicas aumentam, o que pode ressaltar as dificuldades de uma criança com TEA (Ashburner et al., 2010). Assim, elas podem demonstrar dificuldades notáveis em fazer amizades, manter conversas adequadas ao contexto e entender normas sociais implícitas (Lainhart et al., 2002). Estas dificuldades, bem como preocupações relacionadas à ansiedade nessas crianças, tornam-se mais perceptíveis

quando comparadas aos seus pares neurotípicos (White et al., 2009), ajudando na identificação do transtorno. Na terceira infância, a maturidade cognitiva e emocional permite avaliações diagnósticas mais detalhadas e precisas, pois essas crianças podem responder a perguntas e participar de atividades de avaliação (Lord et al., 2006).

As experiências parentais diferem para mães e pais, manifestando-se na interação com seus filhos, nos papéis de cuidado infantil que desempenham e nos estilos de enfrentamento que adotam (Ang & Loh, 2019). Os desafios associados a criar uma criança com TEA são especialmente difíceis para as mães, que geralmente são as principais cuidadoras (Eisenhower et al., 2005). De acordo com Hastings (2003), mães de crianças com TEA são mais propensas a experienciar altos níveis de estresse e depressão em comparação com os pais, devido ao seu envolvimento mais intenso nas tarefas de cuidado e nas responsabilidades diárias. Esse envolvimento constante e exigente pode predispor essas mães a uma experiência de afetividade negativa, definida como uma propensão a vivenciar estados emocionais negativos, como angústia, tristeza, raiva, culpa, medo, desgosto e, principalmente, depressão, ansiedade e estresse (Martins et al., 2019). Essa predisposição torna a afetividade negativa um conceito central na compreensão do sofrimento mental das mães de crianças com TEA, pois sintetiza os aspectos emocionais que mais impactam sua saúde mental (Curley et al., 2023).

Embora a literatura aborde amplamente o sofrimento mental das mães de crianças com TEA (Alsa et al., 2021; Cai et al., 2020; Limbers et al., 2020; Nahar et al., 2022), há uma carência de pesquisas que explorem intervenções terapêuticas especificamente para melhorar a saúde mental delas (Li et al., 2023). Focar nas mães neste estudo, portanto, não só amplia a compreensão dos efeitos do cuidado de crianças com TEA na saúde mental, mas também oferece uma oportunidade para desenvolver estratégias de apoio direcionadas a esse grupo vulnerável.

A Terapia do Esquema (TE) é uma abordagem terapêutica focada em identificar e modificar esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), características que representam um potencial significativo para intervenções nesse contexto – mas que ainda segue inexplorado. A TE pode ser uma abordagem eficaz para ajudar essas mães a lidarem com seus próprios EIDs, melhorando, assim, sua afetividade negativa, suas habilidades parentais e, dessa forma, contribuindo para que as crianças experimentem um ambiente familiar mais saudável (Schütz, 2024). Em particular, ao abordar e flexibilizar o conteúdo dos EIDs, percebe-se na TE o potencial para a promoção de um melhor ajustamento emocional e comportamental nas mães, o que pode levar a interações mais positivas e enriquecedoras com seus filhos. Consequentemente, isso deve resultar em um desenvolvimento mais equilibrado e satisfatório para as crianças, tanto em termos emocionais quanto sociais (Young et al., 2003). Nesta abordagem, um dos fatores influentes no surgimento de transtornos infantis são os esquemas parentais desadaptativos (Young et al., 2003). Observa-se, durante a infância, que relações inadequadas entre pais e filhos, bem como experiências dolorosas constantes com cuidadores e outras pessoas que são referência para essa criança, podem ter um impacto significativo nas relações do indivíduo na idade adulta. Ademais, os esquemas dos pais e mães podem ser transmitidos aos filhos, sejam por observação, modelagem ou regras presentes no ambiente (Young et al., 2003).

Na relação de parentalidade, os comportamentos de crianças com TEA podem influenciar negativamente a parentalidade (Ku et al., 2019). Os autores têm indicado que comportamentos característicos do TEA, como dificuldades de comunicação, comportamento repetitivo e déficit na interação social, exigem estratégias parentais mais intensivas e especializadas, mas também podem exacerbar sentimentos de frustração e exaustão entre os pais, podendo influenciar negativamente a qualidade da parentalidade, afetando tanto a saúde mental dos pais quanto a dinâmica familiar (Ku et al., 2019).

Gomide (2006) descreveu os estilos parentais que podem contribuir para o aumento do estresse parental. Pais de crianças com TEA tendem a apresentar comportamentos mais controladores e negativos em comparação com pais de crianças neurotípicas (Ku et al., 2019). Compreender os estilos parentais predominantes entre mães de crianças com TEA e compará-los com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico pode fornecer dados sobre as especificidades desses estilos que influenciam na afetividade negativa das mães e suas relações com os filhos.

Bargas e Lipp (2015) analisaram o impacto do estresse no estilo parental em mães de crianças com TDAH. O estudo indicou que mães expostas a elevados níveis de estresse frequentemente adotavam estilos parentais coercitivos e punitivos, característicos de um estilo controlador, como estratégia para gerenciar comportamentos desafiadores (Bargas & Lipp, 2015). Ademais, o relaxamento na aplicação de regras e na consistência disciplinar, evidenciado pelo estudo, foi associado a um estilo permissivo, que pode ser desencadeado por exaustão emocional ou dificuldade no manejo comportamental (Bargas & Lipp, 2015). Esses resultados sugerem que o estresse parental afeta significativamente os padrões parentais, podendo gerar estilos controladores e permissivos como respostas adaptativas frente às demandas comportamentais específicas. Embora o estudo tenha abordado o TDAH, os mecanismos descritos podem ser aplicáveis ao contexto do TEA, uma vez que ambos os transtornos apresentam desafios significativos para as práticas parentais como vimos ao longo desse estudo.

Diante desse cenário, o objetivo geral do estudo foi avaliar as ativações esquemáticas, os estilos parentais e os níveis de estresse, ansiedade e depressão em mães de crianças com neurodesenvolvimento típico e em mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Os objetivos específicos foram (a) avaliar os esquemas iniciais desadaptativos das mães; (b) investigar a afetividade negativa das mães; (c) caracterizar os estilos parentais das mães; (d)

comparar ativação esquemática, afetividade negativa e estilos parentais entre os grupos de mães de crianças com TEA e mães de crianças com neurodesenvolvimento típico.

Hipóteses

Hipótese 1

Mães de crianças com TEA apresentam níveis mais elevados de EIDs em comparação com mães de crianças neurotípicas.

Hipótese 2

Mães de crianças com TEA demonstram uma prevalência maior de estilos parentais controladores e permissivos, conforme medido pelo Inventário de Estilos Parentais de Gomide (2021), em relação às mães de crianças neurotípicas, como uma resposta adaptativa aos comportamentos específicos de seus filhos.

Hipótese 3

Mães de crianças com TEA exibem níveis significativamente mais altos de afetividade negativa em comparação com mães de crianças neurotípicas.

Método

Aspectos Éticos

Este estudo foi conduzido em conformidade com os preceitos do Conselho Nacional de Saúde em relação às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12 e Resolução CNS 510/16) e foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG). A participação no estudo foi voluntária, a identidade e o sigilo dos participantes foram preservados. O início do estudo ocorreu após aprovação do CEP-UFMG, com a concordância dos participantes expressa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), vide Apêndice B.

Delineamento

Trata-se de um estudo correlacional e comparativo *ex post facto*, tendo como variáveis de interesse os esquemas iniciais desadaptativos, estilos parentais, afetividade negativa em mães de crianças com e sem o diagnóstico de TEA.

Participantes

A amostra foi composta por 154 mães de crianças entre 7 e 11 anos; deste conjunto 56 mães de crianças neurotípicas, 87 mães de crianças com TEA e 11 mães de crianças com outros transtornos. Outras informações estão disponíveis na Tabela 3.

Instrumentos

Foi aplicado um questionário socioeconômico (cf. Apêndice B) para caracterizar as participantes, além de instrumentos específicos para avaliar os esquemas iniciais desadaptativos, estilos parentais e afetividade negativa: Inventário de Esquemas de Young, Inventário de Estilos Parentais (IEP) e *Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form* (DASS-21).

Questionário de Esquemas de Young (YSQ S3)

A versão reduzida do Questionário de Esquemas de Young (*Young Schema Questionnaire – YSQ S3 – Young, 2005*) avalia 18 EIDs diferentes, relativos aos relacionamentos interpessoais atuais. Trata-se de um instrumento de uso livre, que foi traduzido e adaptado por Souza et al. (2022). Os itens do questionário referem-se a crenças e pressupostos típicos de cada EID. O questionário é composto por um total de 90 itens, e trata-se de um instrumento de autoaplicação, no qual o sujeito se autoavalia em relação ao quanto cada afirmativa o descreve a partir de uma escala Likert de seis pontos: variando de “1 – Completamente Falso” (há no sujeito a percepção que aquela afirmação não guarda qualquer relação com o que acontece com a pessoa) a “6 – Descreve-me Perfeitamente” (há no sujeito a percepção que aquela afirmação relaciona-se perfeitamente com o que acontece). O

questionário é composto por um total de 90 itens. Pontuações mais altas representam esquemas desadaptativos mais fortes. Para avaliar cada EID, foi apresentado um conjunto de cinco itens não sequenciais, com respostas pontuadas na escala de 1 a 6. A classificação da ativação dos Esquemas, conforme os Escores Fatoriais, foi realizada conforme a proposta de Sheffield e Waller (2012): 5-13 = Baixo; 14-21 = Médio; 22-30 = Alto. A avaliação do nível de ativação do Esquema, com base no Escore Total, considerou os seguintes valores: 90-240 = Baixo; 241-390 = Médio; 391-540 = Alto. O tempo médio necessário para a aplicação do instrumento foi de aproximadamente 20 a 30 minutos. Após análise fatorial confirmatória da matriz de correlação, realizada neste estudo, o modelo com 18 fatores correlacionados apresentou ajuste aceitável (χ^2 (gl) = 0 (3762); CFI = 1.000, RMSEA = .000 [.000, .000]), o que permitiu concluir que os 18 fatores foram bem estimados a partir da matriz de correlação e todas as cargas fatoriais estimadas foram exatamente iguais as cargas fatoriais originais. Essa análise possibilitou o cálculo dos coeficientes de confiabilidade da medida. O α de Cronbach variou de 0,76 até 0,94 e ω de McDonald de 0,76 até 0,94. Esses resultados indicaram, que todos os fatores apresentaram medidas confiáveis.

Inventário de Estilos Parentais (IEP)

O IEP (Gomide, 2021) propõe-se a identificar estilos parentais, abrangendo sete categorias: Monitoria Positiva (A), Comportamento Moral (B), Punição Inconsistente (C), Negligência (D), Disciplina Relaxada (E), Monitoria Negativa (F) e Abuso Físico (G). Ele pode ser respondido pelos próprios pais, ou pelos filhos sobre as práticas maternas e/ou paternas, separadamente. Totalizam-se 42 itens, com seis questões para cada categoria – distribuídas em ordem aleatória. As respostas seguem uma escala de 2, 1 ou 0 (três graus de liberdade), sendo o “2 acontece sempre” (a cada 10 situações, tal comportamento ocorre de 8 a 10 vezes), “1 – acontece às vezes” (a cada 10 situações, tal comportamento ocorre de 3 a 7 vezes) e “0 – nunca acontece” (a cada 10 situações, tal comportamento ocorre de 0 a 2 vezes). A avaliação do IEP

se dá pela soma dos escores nas categorias, da seguinte forma: $A + B - (C + D + E + F + G)$. Uma vez que a pontuação máxima de cada categoria é de 12 pontos e a mínima de 0 pontos o valor total máximo do teste, considerando a presença total de práticas positivas e ausência de práticas negativas, enquanto a mínima é de -60 , representando a ausência total de práticas positivas. Este é um instrumento que foi construído e validado em população brasileira por Gomide (2021). A versão materna do IEP, utilizada nesse estudo, apresentou como índices de consistência $\alpha=0,720$ e ômega de McDonald $\omega=0,736$. Conforme consta no manual do IEP para a versão materna da escala aplicada em crianças, o modelo não apresentou ajuste adequado para este estudo ($\chi^2 (gl) = 1318 (798)$; CFI = 0.744, RMSEA = .051 [.046, .056]) (Gomide, 2021). Esses resultados sugerem que há alguma inconsistência no instrumento ou na estimação dos seus parâmetros. Além disso, a confiabilidade do instrumento foi muito baixa para a maioria dos fatores. Em função desses resultados do manual, não foram usadas as cargas fatoriais do instrumento para realizar calcular a correlação dos itens e executar uma análise fatorial confirmatória. Em vez disso, foi aplicada uma análise fatorial diretamente na amostra estudada.

Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21)

A ferramenta *Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21)* desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), consiste em três subescalas, cada uma composta por sete itens avaliados em uma escala de quatro pontos, variando de “0 - discordo totalmente” a “3 - concordo totalmente”. Para obter o escore global para cada um dos três construtos, soma-se os escores dos sete itens e multiplica-se por dois. Os escores variam de "Normal", "Suave", "Moderado", "Severo" a "Extremamente Severo" e medem os níveis de sintomas para cada construto emocional: Estresse ($\alpha=0,86$), Ansiedade ($\alpha=0,83$) e Depressão ($\alpha=0,90$). A versão brasileira da DASS-21 foi adaptada e validada por Patias, Machado, Bandeira e Dell'Aglio (2016) com uma amostra de 686 adultos de diferentes regiões do país, com média de idade de 33,88 e desvio padrão de 11,26. Como a ansiedade, a depressão e o estresse compõem a

afetividade negativa, é inviável para o DASS-21 distinguir o que é depressão, estresse, ansiedade e afetividade negativa (Lee et al., 2019). Desta forma neste estudo foi avaliada a afetividade negativa com esse instrumento.

Procedimento de coleta de dados

Para iniciar a coleta de dados, o formulário foi enviado às mães de crianças com idade entre 7 e 11 anos, tanto com diagnóstico de TEA quanto sem, por meio de anúncios online (Facebook, Instagram e WhatsApp) e panfletagem em escolas e eventos escolares em Belo Horizonte, MG. Ao acessar o link do formulário, as participantes receberam uma explicação detalhada sobre a pesquisa. As mães que demonstraram interesse em participar confirmaram seu consentimento e, em seguida, foram direcionadas para os instrumentos de coleta de dados. As identidades das participantes foram mantidas em sigilo, e o direito de desistência a qualquer momento do estudo foi garantido, sem qualquer ônus para as participantes.

Análise de dados

As análises foram realizadas em três etapas: (1) avaliação da estrutura fatorial dos instrumentos por meio da AFC; (2) comparação entre os grupos; e (3) correlação entre os fatores e as hipóteses da pesquisa. Para o DASS-21, foi adotado o modelo bifatorial (Martins et al., 2019; Rocha et al., 2021), considerando a evidência empírica de sua adequação para a população brasileira. Para o Inventário dos Estilos Parentais foi testado o modelo de sete fatores correlacionados (Gomide, 2021). Para o Questionário dos Esquemas de Young, foi testado o modelo dos 18 fatores correlacionados (Souza et al., 2022). A qualidade do ajuste dos modelos foi avaliada por meio dos índices RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), CFI (*Comparative Fit Index*) e TLI (*Tucker-Lewis Index*), os quais indicam, respectivamente, o ajuste médio do modelo aos dados, a proporção de variância explicada pelo modelo e o número de parâmetros estimados no modelo. Utilizaram-se os escores fatoriais para garantir a precisão nas comparações entre grupos. Nas etapas finais, as análises de correlação consideraram a

normalidade das distribuições (*Pearson* para normais, *Spearman* para não normais) e a comparação entre grupos utilizou o teste de *Mann-Whitney*, com o cálculo do tamanho de efeito segundo a escala de *Cohen*. Todas as análises foram realizadas usando o software estatístico *R* (v. 4.4.1, *R Core Team*, 2024) e os pacotes *Hmisc* (versão 4.5.0; Harrell, 2021), *psych* (versão 2.1.3; Revelle, 2020) e *lavaan* (versão 0.6.8; Rosseel, 2012). Valores de *p* menores que 0,05 foram considerados significantes.

Resultados

Nesta seção, a caracterização da amostra será apresentada inicialmente, seguida pela exposição dos resultados obtidos com base em cada instrumento utilizado na pesquisa. A análise dos resultados seguirá a ordem das hipóteses previamente formuladas.

Caracterização da amostra

Na Tabela 3 a seguir, são descritas as características demográficas da amostra (n=154, 100%). A maior parte das mães participantes (n=112, 73%) reside na região sudeste do país, e 62% do total de mães (n=96) são casadas. A faixa etária predominante é entre 40 e 49 anos, com 53% (n=82) das mães nessa faixa. Quanto à etnia, 51% (n=79) se declararam brancas e 40% (n=62) se identificaram como pardas. No que se refere à escolaridade, 40% (n=61) relataram ter pós-graduação, mestrado ou doutorado. Esses dados oferecem uma visão da composição da amostra em termos de localização geográfica, estado civil, faixa etária, etnia e nível de escolaridade.

Quanto à distribuição dos diagnósticos relacionados à saúde mental entre as 154 participantes do estudo, aproximadamente 40% (61 mães) relataram ter um diagnóstico relacionado à saúde mental. No grupo de mães de crianças com TEA, 41 das 87 participantes (47,1%) apresentaram algum diagnóstico, enquanto no grupo de mães de crianças sem transtorno, 15 das 56 participantes (26,8%) relataram ter um diagnóstico de saúde mental. Os mais frequentes foram Depressão (40 participantes, 26%) e Transtorno de Ansiedade

Generalizada (TAG) (41 participantes, 27%). Cabe destacar que há uma diferença expressiva na frequência relativa desses diagnósticos entre os grupos de mães de crianças com TEA e sem o transtorno (61% para a Depressão e 125% para o TAG).

Tabela 3

Descrição das Variáveis Demográficas

Variáveis	N = 154¹
Participantes por região:	
Região Sudeste	112 (73%)
Região Nordeste	26 (17%)
Região Centro-Oeste	5 (3%)
Região Sul	5 (3%)
Região Norte	3 (2%)
Não residido no Brasil	3 (2%)
Qual o seu estado civil?	
Casada	96 (62%)
Divorciada ou Separada	22 (14%)
Solteira	30 (19%)
União estável	5 (3%)
Viúva	1 (1%)
Qual a sua idade?	
21 a 29 anos	7 (5%)
30 a 39 anos	61 (40%)
40 a 49 anos	82 (53%)
Mais de 50 anos	4 (3%)
Qual a sua Etnia/Cor/Raça?	
Amarela	1 (1%)
Branca	79 (51%)
Indígena	1 (1%)
Parda	62 (40%)
Preta	11 (7%)
Qual a sua escolaridade?	
Ensino fundamental completo	3 (2%)
Ensino fundamental incompleto	1 (1%)
Ensino médio completo	27 (18%)
Ensino superior completo	35 (23%)

Tabela 3*Descrição das Variáveis Demográficas*

Variáveis	N = 154¹
Você possui algum diagnóstico relacionado a saúde mental?	61 (40%)
Depressão	40 (26%)
Transtorno De Ansiedade Generalizada	41 (27%)
Tdah	5 (3%)
Transtorno Bipolar	8 (5%)
Burnout	1 (1%)
Fibromialgia	2 (1%)
Síndrome Do Pânico	4 (3%)
TEA	4 (3%)
Estresse Pós-traumático	1 (1%)
Transtorno Do Pânico	1 (1%)
Artrite Reumatóide	1 (1%)
Poli Neuro Artralgia	1 (1%)
Dores Neuropáticas	1 (1%)
Transtorno Da Personalidade Borderline	1 (1%)

¹n (%)

Na Tabela C1, do Apêndice C, encontra-se uma gama de informações sobre os filhos com diagnóstico de TEA, detalhando o gênero, diagnóstico, comorbidades, nível de suporte, e outros fatores. Entre os participantes com filhos diagnosticados com TEA (N = 87), 74% das crianças são do sexo masculino e 24% do sexo feminino. A maioria dos filhos (95%) possui laudo médico ou neuropsicológico confirmando o diagnóstico de TEA. As comorbidades mais comuns incluem Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (15%) e Deficiência Intelectual, Transtornos de Ansiedade e Transtornos Alimentares, com algumas crianças apresentando múltiplas comorbidades. Quando questionados sobre o tempo decorrido entre a suspeita e a confirmação do diagnóstico, 36% dos pais relataram que o processo levou

mais de 2 anos, enquanto 25% receberam o diagnóstico em menos de 6 meses. Em relação ao nível de suporte necessário, 45% das crianças com TEA necessitam de baixo nível de suporte, enquanto 37% requerem suporte moderado e 18% precisam de um alto nível de suporte. Quanto ao uso de medicação, 68% das crianças com TEA fazem uso de algum tipo de medicação, e 98% frequentam a escola, sendo que 95% estão em escolas regulares. A maioria das crianças (97%) faz algum tipo de tratamento. A participação em redes comunitárias para cuidadores de crianças com TEA foi mencionada por 37% dos participantes, com os grupos de apoio e redes sociais sendo as formas mais comuns de envolvimento. Esses dados fornecem uma visão abrangente sobre os desafios enfrentados pelas famílias de crianças com TEA, incluindo a importância do diagnóstico precoce, o papel das comorbidades, a necessidade de suporte contínuo, e o uso de tratamentos multidisciplinares para o desenvolvimento e bem-estar das crianças.

Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos de mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico

Após a investigação das propriedades dos escores fatoriais (vide Tabela C2 do Apêndice C), procedeu-se à testagem da hipótese 1, que presumia que mães de crianças com TEA apresentam níveis mais elevados de EIDs em comparação com mães de crianças neurotípicas. A Tabela 4 apresenta a comparação dos escores fatoriais do YSQ-S3 entre mães de crianças com autismo ($n = 87$) e mães de crianças neurotípicas ($n = 56$). Os resultados revelaram diferenças significativas entre os grupos para diversos fatores. Mães de crianças com TEA apresentaram escores significativamente mais elevados em Privação emocional ($p = 0,023$, r -bisserial = 0,191), Desconfiança/abuso ($p = 0,028$, r -bisserial = 0,184), Isolamento social ($p = 0,001$, r -bisserial = 0,270), Dependência/Incompetência ($p = 0,019$, r -bisserial = 0,197), Vulnerabilidade ao dano/doença ($p = 0,019$, r -bisserial = 0,196), Emaranhamento ($p = 0,034$, r -bisserial = 0,177), Subjugação ($p = 0,050$, r -bisserial = 0,164), Autocontrole insuficiente ($p =$

0,044, r -bisserial = 0,169) e Negatividade ($p = 0,029$, r -bisserial = 0,182). Por outro lado, fatores como Autossacrifício ($p = 0,200$), Inibição emocional ($p = 0,110$), Padrões inflexíveis ($p = 0,900$) e Busca de aprovação ($p = 0,900$) não apresentaram diferenças significativas entre os grupos. O tamanho de efeito para esses fatores foi pequeno, indicando que as diferenças, quando presentes, foram limitadas.

Tabela 4

Comparação dos Escores Fatoriais do YSQ-S3 entre os grupos de mães

Variáveis	Autismo, N = 87 ¹	N. típico, N = 56 ¹	p-valor ²	r-bisserial [IC 95%]
PE	-0.09 [-0.81,1.41]	-0.30 [-0.73,1.47]	0.023	0.191 [0.03, 0.36]
AB	-0.21 [-0.98,2.16]	-0.25 [-1.00,1.85]	0.400	0.067 [0.00, 0.23]
DA	0.07 [-1.30,1.72]	-0.38 [-1.02,1.69]	0.028	0.184 [0.03, 0.35]
IS	0.05 [-1.15,1.67]	-0.58 [-1.13,1.58]	0.001	0.270 [0.12, 0.43]
DV	-0.36 [-0.85,2.48]	-0.50 [-0.92,2.54]	0.059	0.158 [0.02, 0.33]
FA	-0.15 [-1.17,2.29]	-0.34 [-0.82,2.08]	0.500	0.053 [0.00, 0.21]
DI	0.00 [-1.03,2.25]	-0.31 [-0.93,2.42]	0.019	0.197 [0.04, 0.36]
VD	0.16 [-1.51,1.97]	-0.38 [-1.25,2.00]	0.019	0.196 [0.03, 0.36]
EM	-0.10 [-0.96,2.16]	-0.33 [-0.92,2.20]	0.034	0.177 [0.03, 0.34]
SB	0.03 [-1.08,2.23]	-0.31 [-1.12,1.76]	0.050	0.164 [0.02, 0.33]
AS	0.10 [-1.31,0.95]	-0.02 [-0.91,0.90]	0.200	0.109 [0.00, 0.27]
IE	-0.08 [-1.23,1.75]	-0.37 [-0.95,1.56]	0.110	0.134 [0.01, 0.29]
PI	-0.02 [-1.12,1.31]	-0.05 [-1.14,0.99]	0.900	0.011 [0.00, 0.19]
AG	0.04 [-1.50,1.82]	-0.14 [-1.36,1.92]	0.083	0.145 [0.01, 0.29]
AI	0.05 [-1.23,1.62]	-0.26 [-1.16,1.75]	0.044	0.169 [0.02, 0.33]
BA	-0.06 [-1.00,1.41]	-0.12 [-0.92,1.48]	0.900	0.014 [0.00, 0.18]
NE	-0.04 [-1.51,2.05]	-0.48 [-1.22,1.78]	0.029	0.182 [0.03, 0.34]
AP	-0.21 [-1.00,2.71]	-0.28 [-0.98,2.46]	0.700	0.030 [0.00, 0.20]

¹Mediana [Mínimo, Máximo]

Tabela 4*Comparação dos Escores Fatoriais do YSQ-S3 entre os grupos de mães*

Variáveis	Autismo, N = 87¹	N. típico, N = 56¹	p-valor²	r-bisserial [IC 95%]
------------------	------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	---------------------------------

²Teste de Mann-Whitney

Nota. PE = Privação emocional; AB = Abandono; DA = Desconfiança/abuso; IS = Isolamento social; DV = Defectividade/vergonha; FA = Fracasso em alcançar; DI = Dependência/Incompetência; VD = Vulnerabilidade a danos; EM = Emaranhamento; SB = Subjugação; AS = Autossacrifício; IE = Inibição emocional; PI = Padrões inflexíveis; AG = Arrogo/Grandiosidade; AI = Autocontrole insuficiente; BA = Busca de aprovação; NE = Negatividade; AP = Autopunição.

Avaliação dos estilos parentais de mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico

De acordo com o manual do IEP, o modelo inicial da escala materna não se ajustou bem, indicando possíveis problemas no instrumento ou na estimação dos parâmetros. Por isso, utilizou-se as cargas fatoriais originais e realizou-se uma nova análise fatorial na amostra estudada. Nessa análise, um modelo com 7 fatores correlacionados mostrou um ajuste adequado, permitindo calcular a confiabilidade para cada fator. Os fatores apresentaram diferentes níveis de confiabilidade, desta forma, concluiu-se que, dos 7 fatores, apenas 2 (Abuso Físico e Comportamento Moral) apresentaram uma confiabilidade aceitável nos três coeficientes. Portanto, optou-se pela realização de uma análise fatorial apenas com os fatores Comportamento Moral e Abuso Físico. A partir dessa análise, foram calculados os escores fatoriais e os resultados serão apresentados a seguir.

Após investigação do instrumento e dos escores, testou-se a segunda hipótese, que propôs que mães de crianças com TEA adotariam com maior frequência estilos parentais controladores e permissivos – conforme mensurado pelo IEP de Gomide (2021) – como uma resposta adaptativa aos comportamentos específicos de seus filhos. A Tabela 5 apresenta a comparação dos escores fatoriais de Comportamento Moral e Abuso Físico entre mães de crianças com TEA (N = 87) e mães de crianças neurotípicas (N = 56), utilizando o teste de

Mann-Whitney. Para o fator Comportamento Moral, a mediana dos escores foi de 0,13 [-2,78, 1,12] para o grupo de mães de crianças com TEA e de -0,08 [-1,87, 1,05] para o grupo de mães de crianças neurotípicas. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa ($p = 0,600$), e o tamanho de efeito *r*-bisserial foi de 0,043 (IC 95% [0,004, 0,21]), indicando um efeito pequeno. No fator Abuso Físico, as medianas foram de -0,19 [-1,05, 2,17] para mães de crianças com TEA e -0,26 [-1,04, 2,35] para mães de crianças neurotípicas. Novamente, a diferença entre os grupos não foi significativa ($p = 0,500$), com um tamanho de efeito *r*-bisserial de 0,061 (IC 95% [0,004, 0,23]), também indicando um efeito pequeno.

Tabela 5

Comparação Escores Fatoriais do IEP com 2 fatores entre os grupos de mães

Variáveis	Autismo, N = 87 ¹	N. típico, N = 56 ¹	p- valor ²	r-bisserial [IC 95%]
Comportamento Moral	0.13 [-2.78,1.12]	-0.08 [-1.87,1.05]	0.600	0.043 [0.004, 0.21]
Abuso Físico	-0.19 [-1.05,2.17]	-0.26 [-1.04,2.35]	0.500	0.061 [0.004, 0.23]

¹Mediana [Mínimo, Máximo]

²Teste de *Mann-Whitney*

Esses resultados sugerem que, para os dois fatores analisados (Comportamento Moral e Abuso Físico), não foram observadas diferenças significativas entre mães de crianças com TEA e mães de crianças neurotípicas, e as magnitudes das diferenças, quando presentes, foram pequenas. Dessa forma, a partir dos instrumentos utilizados e da metodologia empregada na análise, pode-se concluir que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de mães nos estilos parentais avaliados, falhando em rejeitar a hipótese nula da hipótese 2.

Avaliação da Afetividade Negativa de mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico

A terceira hipótese busca investigar se as mães de crianças com TEA exibem níveis mais altos de afetividade negativa¹ em comparação com mães de crianças neurotípicas. A Tabela 6 apresenta a comparação dos *escores fatoriais* de Afetividade Negativa entre mães de crianças com TEA ($n = 87$) e mães de crianças neurotípicas ($n = 56$), utilizando o *teste de Mann-Whitney*. As mães de crianças com TEA apresentaram uma *mediana* de 0,10 [-0,97, 1,33] nos *escores* de Afetividade Negativa, enquanto as mães de crianças neurotípicas apresentaram uma *mediana* de -0,34 [-0,97, 1,00]. A diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$), com um *tamanho de efeito r-bisserial* de 0,306 (IC 95% [0,15, 0,46]), indicando um *efeito moderado*. Esses resultados sugerem que mães de crianças com TEA apresentam níveis significativamente mais elevados de Afetividade Negativa em comparação com mães de crianças neurotípicas, com uma diferença de magnitude moderada entre os grupos. Esse resultado refuta a hipótese nula de que as mães apresentam uma pontuação semelhante na afetividade negativa, corroborando assim a hipótese 3 deste estudo.

Tabela 6

Comparação Escores Fatoriais da Afetividade Negativa entre os grupos de mães

Variáveis	Autismo, N = 87¹	N. típico, N = 56¹	p- valor²	r-bisserial [IC 95%]
Afetividade Negativa	0.10 [-0.97,1.33]	-0.34 [-0.97,1.00]	<0.001	0.306 [0.15, 0.46]

¹Mediana [Mínimo, Máximo]

²Teste de *Mann-Whitney*

¹ As estatísticas descritivas dos escores fatoriais da Afetividade Negativa encontram-se na Tabela C3 do Apêndice C.

Discussão

A presente pesquisa teve como um dos objetivos identificar e comparar EIDs de mães de crianças com TEA e mães de crianças com neurodesenvolvimento típico. Para enriquecer a análise, tornou-se relevante considerar a teoria proposta por Dweck (2017), oferecendo um modelo teórico sólido para compreender as experiências vivenciadas. A abordagem de Dweck enfatiza como crenças, emoções e tendências de ação, denominadas BEATs (*beliefs, emotions, and action tendencies*), são moldadas pelas interações com o ambiente e podem influenciar profundamente as representações mentais e o comportamento ao longo da vida.

Ao analisar os escores fatoriais do YSQ-S3, identificou-se uma tendência de pontuações abaixo da média em fatores como Defectividade/Vergonha e Dependência/Incompetência em ambas as amostras, o que sugere um perfil geral de baixa autoestima e sentimentos de incapacidade. No entanto, ao comparar os grupos, foram identificadas diferenças significativas na ativação de diversos esquemas, com mães de crianças com TEA apresentando maiores níveis de Privação emocional, Desconfiança/abuso, Isolamento social, Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade ao dano/doença, Emaranhamento, Subjugação, Autocontrole insuficiente e Negatividade. Esses achados podem evidenciar o impacto profundo das experiências acumuladas no desenvolvimento de crenças centrais, as quais podem ser desadaptativas em contextos de elevada sobrecarga emocional.

Segundo a teoria de Dweck (2017), o modelo BEATs proporciona uma perspectiva valiosa para compreender como experiências acumuladas moldam crenças disfuncionais, que são frequentemente ativadas em momentos de estresse ou sobrecarga. Esse entendimento ressalta o potencial de intervenções direcionadas à modificação dessas crenças, promovendo um *mindset* de crescimento e facilitando a reestruturação das representações mentais dessas mães (Dweck, 2017).

A maior prevalência na ativação desses esquemas em mães de crianças com TEA pode ser atribuída à sobrecarga emocional associada ao cuidado, às dificuldades em estabelecer relações sociais e à estigmatização social. A privação emocional, por exemplo, pode estar relacionada à falta de apoio social e à dificuldade em compartilhar as próprias dificuldades. Estudos anteriores corroboram esses achados, evidenciando a importância do apoio social e a necessidade de estratégias para reduzir o estigma associado ao TEA (Ooi et al., 2016; Weiss et al., 2012; Woodgate et al., 2008).

O esquema de Desconfiança/abuso pode ser uma resposta à exposição constante ao julgamento alheio e às experiências de estigmatização. O isolamento social, pode funcionar como uma estratégia de enfrentamento para evitar o julgamento e proteger a si mesmas e seus filhos. O esquema de Dependência/Incompetência pode indicar que as mães se percebem como incapazes de lidar com as demandas do cuidado ou de tomar decisões sem ajuda externa. Segundo Young (2003), esse esquema está ligado a uma necessidade insatisfeita de autonomia e validação das próprias capacidades na infância, o que pode ser exacerbado pelas exigências constantes e pela falta de apoio social ou profissional no contexto do cuidado de crianças com TEA. O esquema de Vulnerabilidade ao Dano/Doença pode ser ativado pela preocupação com o futuro da criança e com as limitações de acesso a recursos ou intervenções adequadas. Dweck (2017) explica que tais crenças disfuncionais podem ser moldadas e reforçadas por experiências de incerteza e estresse crônico. Já o de Emaranhamento pode estar associado a dificuldade em estabelecer limites claros entre o próprio senso de identidade e o papel de cuidadora, o que pode gerar dependência emocional e uma percepção de que suas necessidades estão completamente entrelaçadas com as da criança. Young (2003) afirma que o Emaranhamento está frequentemente associado à falta de uma diferenciação saudável nas relações primárias, enquanto Dweck (2017) destaca que crenças e representações mentais moldadas por interações intensas e exigentes podem perpetuar esse padrão.

A ativação do esquema de Subjugação pode sugerir que mães de crianças com TEA internalizam uma percepção social de que suas necessidades possuem menor relevância em comparação às demandas da criança. Conforme destacado por Dweck (2017), essas representações podem ser ressignificadas por meio de intervenções direcionadas à promoção de um *mindset* de crescimento, aliado ao fortalecimento da autonomia emocional.

A ativação do esquema de Autocontrole Insuficiente pode estar relacionada a dificuldades na regulação de emoções e comportamentos, resultando em impulsividade ou desmotivação diante de situações desafiadoras. Para mães de crianças com TEA, a sobrecarga emocional constante e a falta de suporte adequado podem exacerbar esse padrão. A ativação do esquema de Negatividade, para essas mães, pode estar associada a uma inclinação para concentrar-se nos aspectos negativos da vida, antecipando resultados adversos e minimizando as experiências positivas. Esse padrão pode ser intensificado pela vivência constante de desafios e pela percepção de ausência de progresso no desenvolvimento da criança. De acordo com Dweck (2017), intervenções que promovam um *mindset* de crescimento e a ressignificação de experiências adversas podem contribuir para a redução desses padrões negativos.

Outro objetivo foi caracterizar e comparar os estilos parentais de mães de crianças com TEA e mães de crianças com neurodesenvolvimento típico. A hipótese central era de que mães de crianças com TEA adotariam com maior frequência estilos parentais controladores e permissivos. No entanto, os resultados obtidos não corroboraram essa hipótese. O IEP traz um modelo de 7 fatores, mas, apenas os fatores 'Comportamento Moral' e 'Abuso Físico' apresentaram propriedades psicométricas adequadas, com alta consistência interna e confiabilidade. Essa escolha foi fundamentada na necessidade de garantir a validade e a confiabilidade das medidas utilizadas na pesquisa.

A decisão de focar nesses dois fatores específicos é clinicamente relevante, uma vez que o comportamento moral e as práticas disciplinares são aspectos cruciais do desenvolvimento

infantil e podem ser particularmente desafiadores para pais de crianças com TEA. Alterações nesses aspectos podem ter implicações significativas para a qualidade do relacionamento pai-filho, para a autoestima da criança e para seu desenvolvimento social e emocional. Ao limitar a análise a esses dois fatores, foi possível garantir que os resultados obtidos fossem mais precisos e confiáveis, permitindo uma interpretação mais sólida das diferenças entre os grupos de mães.

A análise dos resultados do IEP não evidenciou diferenças significativas nos estilos parentais entre mães de crianças com TEA e mães de crianças neurotípicas. Essa ausência de diferenças pode indicar a resiliência das mães de crianças com TEA, que desenvolvem estratégias adaptativas para lidar com os desafios do cuidado. No entanto, a heterogeneidade dos grupos e as limitações do instrumento utilizado sugerem a necessidade de cautela na interpretação desses resultados.

Bayat (2007) identificou em seu estudo que um número considerável de famílias de crianças com TEA relatou ter se tornado mais forte como resultado da deficiência no núcleo familiar. Muitos pais descreveram que o cuidado com os filhos proporcionou experiências de crescimento, incluindo o desenvolvimento de maior humildade, paciência e compaixão. Além disso, essas famílias frequentemente apontaram mudanças positivas em suas perspectivas de vida, como maior valorização das pequenas conquistas diárias e fortalecimento das relações familiares (Hastings & Taunt, 2002). Essa resiliência pode ter contribuído para a ausência de diferenças significativas nos estilos parentais identificados.

A ausência de diferenças significativas em nosso estudo também pode estar relacionada à adaptação das mães aos desafios do cuidado, à busca por apoio social e ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes. Além disso, a experiência de cuidar de uma criança com TEA pode influenciar outros aspectos da vida familiar, como a qualidade do relacionamento conjugal e o bem-estar psicológico dos pais.

Os resultados deste estudo sugerem que as intervenções para famílias com crianças com TEA devem ser individualizadas e baseadas nas necessidades específicas de cada família. É fundamental oferecer suporte psicológico às mães, fortalecendo suas habilidades parentais e promovendo o bem-estar emocional.

Outro objetivo deste estudo foi investigar a afetividade negativa das mães e compará-la entre os grupos de mães de crianças com TEA e mães de crianças neurotípicas. Os resultados obtidos corroboram a hipótese de que as mães de crianças com TEA apresentam níveis significativamente mais elevados de afetividade negativa. Essa diferença, embora moderada, é estatisticamente significativa, indicando que a experiência de cuidar de uma criança com TEA está associada a um maior sofrimento emocional.

Os achados deste estudo são consistentes com a literatura existente, que aponta para um maior estresse e carga emocional em mães de crianças com TEA (Martins et al. 2019; Weiss et al. 2012). A maior demanda por cuidados, a complexidade do TEA e a escassez de recursos podem contribuir para o aumento da afetividade negativa nessas mães. A percepção de menor suporte social, frequentemente relatada por essas mães, pode ser um fator agravante. A falta de apoio de familiares, amigos e profissionais da saúde pode intensificar o sentimento de isolamento e sobrecarga, contribuindo para o aumento da afetividade negativa. A teoria de Dweck, com seu foco no potencial de mudança, oferece uma perspectiva otimista: ao trabalhar crenças desadaptativas e promover um *mindset* de crescimento, essas mães podem reduzir a afetividade negativa e melhorar sua qualidade de vida.

Os resultados deste estudo possuem importantes implicações para a prática clínica e para futuras pesquisas. Em primeiro lugar, evidenciam a necessidade de oferecer suporte psicológico específico para mães de crianças com TEA. Intervenções que visem reduzir o estresse, aumentar o bem-estar emocional e fortalecer as redes de apoio social dessas mães podem ser de grande valia. Além disso, os resultados desta pesquisa destacam a importância de

considerar o bem-estar emocional das mães ao planejar intervenções para crianças com TEA. O conceito de *mindset* de crescimento, desenvolvido por Dweck (2017), sugere que características pessoais podem ser desenvolvidas. Esse conceito reforça a importância de intervenções voltadas à transformação de representações mentais e à ressignificação de experiências adversas. Um enfoque mais holístico, que inclua o suporte às famílias, pode contribuir para melhores resultados tanto para a criança quanto para a mãe.

Considerações finais

O presente estudo investigou os EIDs, a afetividade negativa e os estilos parentais em mães de crianças com TEA, comparando-os com um grupo de mães de crianças típicas. Os resultados corroboraram a hipótese de que mães de crianças com TEA apresentariam maior prevalência de EIDs. A maior prevalência em mães de crianças com TEA reflete a complexidade e o impacto emocional do cuidado de uma criança com necessidades especiais. A privação emocional, a desconfiança e o isolamento social podem ser respostas adaptativas a um contexto desafiador, marcado pela sobrecarga, pela estigmatização e pela dificuldade em estabelecer redes de apoio. A análise de estilos parentais foi limitada aos fatores 'Comportamento Moral' e 'Abuso Físico' devido à inconsistência interna dos dados, o que pode restringir a compreensão completa dos estilos parentais das mães nos grupos estudados. A ausência de diferenças nos estilos parentais, por sua vez, pode indicar a resiliência dessas mães, que desenvolvem estratégias adaptativas para lidar com as demandas do cuidado.

A afetividade negativa, por sua vez, pode comprometer a qualidade de vida das mães, afetando suas relações familiares, sua saúde física e seu funcionamento social. É fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos a essa vulnerabilidade e ofereçam intervenções específicas para promover o bem-estar emocional dessas mães. A TCC, a TE, grupos de apoio e *mindfulness* podem ser ferramentas eficazes para reduzir afetividade negativa e melhorar as habilidades de enfrentamento.

É importante ressaltar que este estudo apresenta algumas limitações, como o viés de autorrelato, sugerindo cautela na generalização dos resultados e o design transversal que não permitiu estabelecer relações de causalidade entre a afetividade negativa e as variáveis investigadas. Estudos longitudinais podem auxiliar a compreender a evolução da afetividade negativa ao longo do tempo e identificar fatores de risco e proteção. A heterogeneidade dos grupos também pode afetar a interpretação dos resultados, assim como a utilização de instrumentos de medida que apresentam algumas limitações psicométricas.

Diante dos achados, sugere-se que futuras pesquisas investiguem a trajetória dos esquemas e dos estilos parentais ao longo do tempo, utilizando delineamentos longitudinais. Além disso, estudos que avaliem a eficácia de diferentes intervenções psicológicas, como a TE, para modificar os EIDs e promover o bem-estar emocional das mães são cruciais. A exploração de outros fatores, como examinar a qualidade do suporte social e as características da criança, também pode contribuir para uma compreensão mais aprofundada da experiência dessas mães.

Em conclusão, este estudo evidencia a importância de considerar os aspectos psicológicos das mães de crianças com TEA, destacando a necessidade de intervenções específicas para promover o bem-estar emocional e a qualidade de vida dessas mulheres. Os resultados obtidos podem orientar o desenvolvimento de programas de apoio que promovam a saúde mental e a resiliência das mães, contribuindo para uma melhor qualidade de vida para toda a família.

REFERÊNCIAS

- Alsa, A., Sovitriana, R., Ekasari, A., & Endri, E. (2021). Psychological well-being of mothers with autistic children. *Journal of Educational and Social Research*, 11(6), 247. <https://doi.org/10.36941/jesr-2021-0144>
- Ang, K. Q. P., & Loh, P. R. (2019). Mental health and coping in parents of children with autism spectrum disorder (ASD) in Singapore: An examination of gender role in caring. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(5), 2129–2145. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03900-w>
- Ashburner, J., Ziviani, J., & Rodger, S. (2010). Surviving in the mainstream: Capacity of children with autism spectrum disorders to perform academically and regulate their emotions and behavior at school. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(1), 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.07.002>
- Baghdadli, A., Picot, M. C., Pascal, C., Pry, R., & Aussilloux, C. (2003). Relationship between age of recognition of first disturbances and severity in young children with autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(3), 122–127. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0314-6>
- Bargas, J. A., & Lipp, M. E. N. (2013). Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 17(2), 205–213. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572013000200002>
- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(9), 702–714. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00960.x>
- Bourke-Taylor, H., Howie, L., & Law, M. (2010). Impact of caring for a school-aged child with a disability: Understanding mothers' perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), 127–136.

- Cai, R., Uljarević, M., & Leekam, S. (2020). Predicting mental health and psychological well-being in mothers of children with autism spectrum disorder: Roles of intolerance of uncertainty and coping. *Autism Research*, 13, 1–5. <https://doi.org/10.1002/aur.2341>
- Carlsson, E., Miniscalco, C., Kadesjö, B., & Laakso, K. (2016). Negotiating knowledge: Parents' experience of the neuropsychiatric diagnostic process for children with autism. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(3), 328–338. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12210>
- Curley, K., Colman, R., Rushforth, A., & Kotera, Y. (2023). Stress reduction interventions for parents of children with autism spectrum disorder: A focused literature review. *Youth*, 3(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.3390/youth3010017>
- Dweck, C. S. (2017). From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality, and development. *Psychological Review*, 124(6), 689–719. <https://doi.org/10.1037/rev0000082>
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 35(2), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2012.10.004>
- Gomide, P. I. C. (2021). *Inventário de estilos parentais: Fundamentação teórica, instruções de aplicação, apuração e interpretação*. Ed Juruá.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657–671. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00699.x>
- Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability*

- Research*, 47(4–5), 231–237. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00485.x>
- Hastings, R. P., Beck, A., & Hill, C. (2005). Positive contributions made by children with an intellectual disability in the family: Mothers' and fathers' perceptions. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 155–165. <https://doi.org/10.1177/1744629505053930>
- Ku, B., Stinson, J. D., & MacDonald, M. (2019). Parental behavior comparisons between parents of children with autism spectrum disorder and parents of children without autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 28(6), 1445–1460. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01412-w>
- Lainhart, J. E., Ozonoff, S., Coon, H., Krasny, L., Dinh, E., Nice, J., & McMahon, W. (2002). Autism, regression, and the broader autism phenotype. *American Journal of Medical Genetics*, 113(3), 231–237. <https://doi.org/10.1002/ajmg.10615>
- Lee, J., Lee, E. H., & Moon, S. H. (2019). Systematic review of the measurement properties of the depression anxiety stress Scales–21 by applying updated COSMIN methodology. *Quality of Life Research*, 28(9), 2325–2339. <http://doi.org/10.1007/s11136-019-02177x>
- Li, S., Yong, Y., Li, Y., Li, J., & Xie, J. (2023). Cognitive-Based Interventions for Improving Psychological Health and Well-Being for Parents of Children with Developmental Disabilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06063-xLO>
- Limbers, C. A., Gutierrez, A., & Cohen, L. A. (2020). The Patient-Centered Medical Home: Mental Health and Parenting Stress in Mothers of Children With Autism. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 2150132720936067. <https://doi.org/10.1177/2150132720936067>
- Lord, C., Risi, S., DiLavore, P. S., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2006). Autism from 2 to 9 years of age. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 694–701. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.694>

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Maenner, M. J. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries*, 69. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
- Martins, B. G., Silva, W. R. D., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 32–41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
- Nahar, S., Zambelli, Z., & Halstead, E. J. (2022). Risk and protective factors associated with maternal mental health in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 131, 104362. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104362>
- Ooi, K. L., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 745–762. <https://doi.org/10.2147/NDT.S100634>
- R Core Team (2024). R: A Language and Environment for Statistical Computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
- Rocha, L. F. D. da, Hernandez, J. A. E., & Falcone, E. M. de O. (2021). Latent structure evidence of the Depression, Anxiety and Stress Scales—Short Form. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 38, e190103. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190103>
- Schopler, E., Mesibov, G. B., & Kunce, L. J. (Eds.). (1998). *Asperger syndrome or high-functioning autism?* Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5369-4>

- Schütz, N. T. (2024). *Do que a infância do seu filho precisa: compreenda as necessidades emocionais com base na teoria do esquema*. Sinopsys.
- Souza, L., Tavares, M., Machado, W., & Oliveira, M. (2022). Evidence of Validity for the Brazilian Version of the Young Schema Questionnaire—Short Form (YSQ-S3). *Trends in Psychology*, 1-17. <http://doi.org/10.1007/s43076-021-00104-z>
- Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., MacMullin, J. A., Viecili, M., & Lunsy, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 16(3), 261–274. <https://doi.org/10.1177/1362361311422708>
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216–229. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.003>
- Woodgate, R. L., Ateah, C., & Secco, L. (2008). Living in a World of Our Own: The Experience of Parents Who Have a Child With Autism. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1075–1083. <https://doi.org/10.1177/1049732308320112>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide* (p. xii, 436). Guilford Press.
- Zhang, X., Kern, Z. G., & Yun, J. (2023). Physical Activity and Mental Health of Parents of Children With Autism Spectrum Disorder. <https://doi.org/10.1123/apaq.2022-0175>
- Zwaigenbaum, L., Brian, J. A., & Ip, A. (2019). Early detection for autism spectrum disorder in young children. *Paediatrics & Child Health*, 24(7), 424–432. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz119>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação abordou o sofrimento mental de pais, principalmente mães, de crianças com TEA. O Estudo 1 demonstrou quão urgente é a necessidade de intervenções terapêuticas para esse público. Notadamente, a TCC juntamente com o *mindfulness* trouxe resultados positivos em intervenções junto a esse público. Os resultados encontrados mostraram que a TCC é promissora quando se trata de melhorar a saúde mental dos pais de crianças com TEA, uma vez que contribuiu em reduzir estresse, ansiedade e depressão. No entanto, a literatura ainda precisa de estudos longitudinais que poderiam fornecer mais dados sobre a durabilidade dos benefícios dessas intervenções. Também, notou-se a necessidade de incluir a TE como uma abordagem a ser utilizada neste grupo. Com sua ênfase na modificação de EIDs, a TE pode fornecer uma maneira valiosa de lidar com as dificuldades emocionais complexas dos pais, especialmente em termos de dinâmica familiar e para superar eventos estressantes. No entanto, não há pesquisas específicas sobre a TE nesse contexto, indicando o tópico não estudado.

Os resultados do Estudo 2 indicaram que as mães de crianças com TEA, frequentemente, apresentam padrões de saúde mental desfavoráveis, como altos níveis de afetividade negativa e EIDs, principalmente no que tange à privação emocional, desconfiança/abuso e isolamento social. Esses achados corroboram a literatura existente, que aponta a sobrecarga emocional e a falta de apoio social como fatores cruciais no aumento do sofrimento dessas mães. Embora os resultados do estudo não tenham encontrado diferenças significativas nos estilos parentais entre mães de crianças com TEA e mães de crianças neurotípicas, é possível que as estratégias de enfrentamento das mães de crianças com TEA, muitas vezes desenvolvidas ao longo do tempo, estejam atenuando os impactos de uma parentalidade desafiadora. Este fato destaca a resiliência dessas mães e a importância de intervenções personalizadas que considerem as necessidades emocionais e psicológicas específicas de cada família.

Em suma, esta dissertação apresentou a importância das intervenções terapêuticas, a exemplo da TCC e da TE, para a promoção da saúde mental de pais de crianças com TEA. Contudo, a realização de mais estudos com amostras mais significativas e de programas de intervenção adaptados às singularidades socioculturais são fundamentais.

As intervenções terapêuticas para pais de crianças com TEA desempenham um papel importante no desenvolvimento e bem-estar familiar. Ao disponibilizar um conjunto de ferramentas e estratégias individuais, a intervenção visa promover a saúde mental e a qualidade de vida, ao mesmo tempo que fortalece os laços familiares e reduz o estresse parental. Além de, proporcionar um espaço seguro para compartilhar experiências, aprender novas maneiras de lidar com a situação e construir uma rede de apoio. A psicoeducação e o apoio emocional fornecidos por terapeutas ajudam os pais a compreender melhor as necessidades dos filhos, a lidar com os problemas diários e a desenvolver estilos parentais positivos.

APÊNDICE A

ESTUDO 1: INFORMAÇÕES DOS ESTUDOS TEÓRICOS

Tabela A1

Informações dos estudos teóricos

Autores / Ano / País / Estudo	Amostra	Instrumentos utilizados	Desenho do estudo / Medidas / Análise	Variáveis relacionadas (pais)	Objetivo	Intervenção
Bourke-Taylor, H.M., Lee, D.-C.A., Tirlea, L., Joyce, K., Morgan, P. & Haines, T.P. (2021), Austrália. <i>Interventions to Improve the Mental Health of Mothers of Children with a Disability: Systematic Review, Meta-analysis and Description of Interventions</i>	31 estudos incluíram 1928 mães	Diversas escalas foram utilizadas nos estudos contemplando as áreas: saúde mental; qualidade de vida; estresse parental; satisfação de vida; autoeficácia; autoeficácia relacionada à saúde; estilos de enfrentamento; comportamento de saúde positivo; e apoio social.	Revisão sistemática e meta-análise	Estresse, saúde, e o bem-estar das mães.	Objetivo 1. Descrever o conteúdo de programas de intervenção pesquisados empiricamente que visam principalmente reduzir o estresse e melhorar a saúde, a saúde mental e o bem-estar das mães. Objetivo 2. Sintetizar as evidências disponíveis que examinam se as intervenções avaliadas em estudos que empregaram ensaios clínicos randomizados ou um desenho comparativo de grupo têm impacto no estresse materno, na saúde, na saúde mental e nos resultados de bem-estar	TCC, psicoeducação, mindfulness e grupo de apoio

Autores / Ano / País / Estudo	Amostra	Instrumentos utilizados	Desenho do estudo / Medidas / Análise	Variáveis relacionadas (pais)	Objetivo	Intervenção
Li, S., Yong, Y., Li, Y., Li J. & Xie J. (2023), China. <i>Cognitive-Based Interventions for Improving Psychological Health and Well-Being for Parents of Children with Developmental Disabilities: A Systematic Review and Meta-analysis</i>	25 ECRs incluíram 1.915 participantes (n tratamento = 970, n controle = 945). (85,15%) era do sexo feminino e oito estudos incluíram apenas mães - estudos de 2006 a 2023	Diversas escalas foram utilizadas nos estudos contemplando as áreas: estresse, ansiedade, depressão, angústia, bem-estar parental, qualidade do relacionamento pai-filho, flexibilidade psicológica, parentalidade consciente, consciência consciente	Revisão sistemática e meta-análise	Estresse parental, sintomas depressivos, ansiedade, sofrimento parental, bem-estar parental, parentalidade, relação pai-filho, parentalidade consciente, consciência consciente e flexibilidade psicológica.	Objetivo resumir de forma abrangente os efeitos do CBI no que diz respeito aos problemas psicológicos e ao bem-estar entre pais de crianças com DD, quando comparado com controles ativos/inativos, e investigar as características ideais das intervenções eficazes encontradas.	Terapia de base cognitiva (TCC), terapia comportamental dialética (TCD), intervenção baseada em mindfulness (MBIs), a terapia de aceitação e compromisso (ACT) e a terapia focada na compaixão (CFT)
Merriman, K., Burke, T., & O'Reilly, G. (2020), Irlanda. <i>A systematic review of the effectiveness and efficacy of clinician-led psychological interventions for parents of children with ASD</i>	Oito estudos foram incluídos com 307 pais de crianças com TEA	Diversas escalas foram utilizadas nos estudos, os estudos que envolveram a TCC utilizaram as seguintes escalas: <i>Coping Strategy Indicator; Beck Hopelessness Scale Parenting; Questionnaire on Resources and Stress; Parenting Stress Index-Short Form</i>	Revisão sistemática	Bem-estar psicológico e saúde mental, incluindo, entre outros, medidas de estresse, ansiedade, depressão, qualidade de vida e bem-estar subjetivo.	Revisar sistematicamente a efetividade e eficácia das intervenções de bem-estar psicológico direcionadas aos pais, conduzidas por médicos, para pais de crianças com TEA.	Mindfulness, Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia de Aceitação e Compromisso e Aconselhamento Não-Diretivo

APÊNDICE B

ESTUDO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Enunciado pelo Google Forms

Você está sendo convidada a participar da pesquisa, “Ativações esquemáticas, estilos parentais e afetividade negativa de mães de crianças com autismo em comparação com mães de crianças com neurodesenvolvimento típico” realizada pela mestrandia Alexandra Bispo Piumbini de Mendonça e orientada pelo Prof. Dr Bruno Luiz Avelino Cardoso. O objetivo deste estudo é avaliar ativações esquemáticas, estilos parentais e níveis de estresse, ansiedade e depressão em mães de crianças com o neurodesenvolvimento típico e em mães de crianças com TEA. Você está sendo convidada por se identificar como mãe. Sua participação é voluntária, o que significa que você não receberá compensação financeira. Além disso, não haverá custos associados à sua participação, e você tem o direito de retirar seu consentimento e sair do estudo a qualquer momento, sem nenhum constrangimento em relação à Universidade e aos pesquisadores. A pesquisa consiste na participação de Mães de crianças diagnosticadas com TEA e mães de crianças com neurodesenvolvimento típico. As mães participarão respondendo a alguns questionários, incluindo informações sobre sua situação socioeconômica, seus padrões de pensamento (esquemas), a forma como lidam com a parentalidade e um questionário sobre, depressão, ansiedade e estresse. Se, durante sua participação no estudo, você se sentir desconfortável ou precisar de suporte adicional, o pesquisador estará disponível para oferecer acolhimento. Em casos específicos, pode haver a opção de encaminhamento para serviços alternativos como grupos terapêuticos, se necessário. Ressaltamos que a pesquisa em si não proporciona benefícios diretos, sendo voltada principalmente para a compreensão da temática em estudo. Os riscos ligados à sua participação nesta pesquisa dizem respeito a possibilidade de sentir algum cansaço ao responder os instrumentos e possível desconforto ao dividir a respeito das suas dificuldades e sofrimentos que enfrenta nesse momento. Caso isso ocorra, o pesquisador estará disponível para lhe acolher e/ou encaminhar para um serviço alternativo ao grupo terapêutico. Suas respostas aos instrumentos serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. O sigilo será mantido durante todo o processo, onde, desde o início será acordado com você o resguardo das suas informações pessoais. Os dados coletados na pesquisa estarão disponibilizados na tese de mestrado da assistente de pesquisa deste estudo e poderão ter resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Contudo, quando for necessário exemplificar determinada situação que envolva você ou a sua experiência, a privacidade será assegurada e, em hipótese nenhuma, seu nome será divulgado. Os dados coletados serão armazenados em local seguro, garantindo a confidencialidade, e estarão disponíveis para consulta por um período de cinco anos, após o qual serão devidamente descartados.

A sua participação é voluntária e você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar deste estudo. Se, devidamente comprovado, ocorrerem danos em decorrência da participação na pesquisa, você terá a possibilidade de buscar ressarcimento por meio das instâncias judiciais pertinentes.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento com o pesquisador e poderá tirar quaisquer dúvidas que tiver, sobre as questões éticas deste estudo, com o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2024.

Bruno Luiz Avelino Cardoso
Pesquisador Responsável

Alexandra Bispo Piumbini de Mendonça
Assistente de Pesquisa

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável: Bruno Luiz Avelino Cardoso
Telefone para contato: (98) 3351-8447; E-mail: brunolacardoso@gmail.com

Assistente de Pesquisa: Alexandra Bispo Piumbini de Mendonça
Telefone para contato: (31) 98468-7893; E-mail: bispoalexandra@gmail.com

Contato COEP (Comitê de Ética em Pesquisa): (31) 3409-4592; Email: coep@prpq@ufmg.br

Endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, 2º andar, sala 2005 - Campus Pampulha, CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG / Bairro Unidade Administrativa II.

ESTUDO 2: QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Versão para mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Idade da criança com TEA: _____

Idade do diagnóstico de TEA: _____

Dados da mãe (respondente):

1. Cidade de residência: _____
2. Estado Civil: () solteira () casada () divorciada () separada
3. Etnia/Cor/Raça: () amarela () branca () negra () parda
4. Escolaridade:
 - () ensino fundamental incompleto
 - () ensino fundamental completo
 - () ensino médio incompleto
 - () ensino médio completo
 - () ensino superior incompleto
 - () ensino superior completo
 - () pós graduação
5. Participa de alguma rede comunitária para cuidadores de crianças com TEA (associação de pais, reuniões, grupos de apoio, rede sociais etc)? Se sim, citar quais:

Dados da família:

6. Número total de pessoas que moram na casa _____
 Respondente idade: _____
 Companheiro(a) idade: _____ () pai biológico da criança com TEA
 () padrasto () pai adotivo () mãe () mãe adotiva () madrasta () não tem
 Filhos de 0 a 3 anos Quantos? _____
 Filhos de 4 a 6 anos Quantos? _____
 Filhos de 7 a 16 anos Quantos? _____
 Outras crianças que não filhos (exemplo: enteados, sobrinhos) Quantos? _____
 Outros parentes/conhecidos adultos Quantos? _____
7. Profissão da mãe: _____
8. Profissão do(a) cônjuge: _____

9. Renda familiar mensal: (Valor do salário mínimo em 2023: R\$ 1.320,00)
☐ até de um salário mínimo ☐ 1 a 3 salários mínimos ☐ 4 a 5 salários mínimos
☐ 6 a 9 m salários mínimos ☐ 10 a 13 salários mínimos ☐ mais de 14 salários mínimos

10. Possuem casa própria? ☐ sim ☐ não

11. (Respostas em 0, 1, 2, 3 ou mais de 4)

Número de cômodos na casa _____	Número de banheiros _____
Empregados domésticos _____	Automóveis próprios _____
Computador próprio _____	Lava-louças _____
Geladeira _____ Freezer _____	Lava-roupas _____
Microondas _____ Motocicleta _____	Secadora de roupas _____

Água encanada em casa? ☐ Sim ☐ Não
 Mora em rua pavimentada? ☐ Sim ☐ Não

Dados da criança com TEA:

12. Quanto tempo levou da suspeita a confirmação do diagnóstico de TEA?

☐ menos de 6 meses ☐ 7 meses até 1 ano ☐ 1 a 2 anos ☐ mais de 2 anos

13. Qual o nível de suporte melhor descreve as necessidades da criança?

- ☐ Nível Baixo de Suporte: A criança pode precisar de algum apoio pontual em áreas específicas, mas geralmente é capaz de funcionar de forma relativamente independente em sua vida diária. Pode precisar de apoio ocasional em áreas específicas, como comunicação social ou tarefas específicas.
- ☐ Nível Moderado de Suporte: A criança requer apoio mais substancial em várias áreas, e podem ser necessárias estratégias mais intensivas de ensino e intervenção.
- ☐ Nível Alto de Suporte: A criança necessita de suporte significativo e personalizado em várias áreas, incluindo comunicação, interação social e comportamento, e pode requerer uma equipe multidisciplinar para fornecer esse suporte.

14. A criança faz uso de alguma medicação? Se sim, quais?

15. Tem o diagnóstico de alguma comorbidade clínica/genética ou psiquiátrica (deficiência intelectual, transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, transtornos de ansiedade, transtornos do humor, transtornos alimentares)? Se sim, citar quais:

16. A criança frequenta a escola? ☐ Sim ☐ Não. Em caso positivo, estuda em escola ☐ regular ☐ especial

17. Qual série a criança frequenta?

☐ 1º ao 3º período ☐ 1º ano do ensino fundamental ☐ 2º ano do ensino fundamental (
☐ 3º ano do ensino fundamental ☐ 4º ano do ensino fundamental
☐ 5º ano do ensino fundamental ☐ 6º ao 9º ano do ensino fundamental

18. Quem cuida da criança quando ela não está na escola?

19. Quem leva a criança para a escola? _____

20. A criança faz algum tipo de tratamento? ☐ Sim ☐ Não. Em caso positivo, com qual/quais profissional/profissionais?

☐ psicólogo(a) ☐ psiquiatra ☐ fonoaudiólogo(a) ☐ terapeuta ocupacional
☐ fisioterapeuta ☐ outros. Quais? _____

APÊNDICE C

ESTUDO 2: COMPLEMENTO DA ANÁLISE DE DADOS DO YSQ, DASS-21 e IEP

A Tabela C1 fornece uma gama de informações sobre os filhos com diagnóstico de TEA, detalhando o gênero, diagnóstico, comorbidades, nível de suporte, e outros fatores.

Tabela C1

Informações sobre os filhos

Variáveis	N = 154 ¹
Qual gênero da criança com TEA?	
Ambos	2 (1)
Feminino	21 (24)
Masculino	64 (74)
(Dados Faltantes)	67
Seu(s) filho(s) com TEA possui(em) laudo médico/neuropsicológico com esse diagnóstico?	
Não	2 (2)
Sim	83 (95)
Um filho sim	1 (1)
Um sim outro nao	1 (1)
Em caso de ter um ou mais filhos com TEA, ele(s) possui(em) alguma comorbidade clínica/genética ou psiquiátrica? Se sim, qual(is)?	
Não	23 (26)
Não tenho conhecimento	5 (5)
Síndrome Chopra-Amiel-Gordon (genético)	1 (1)
Síndrome de asperger	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade	13 (15)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Altas habilidades	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Deficiência Intelectual	1 (1)

Tabela C1*Informações sobre os filhos*

Variáveis	N = 154¹
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Deficiência Intelectual, TEA TDAH Cavernomas múltiplos e está com enurese noturna (xixi e cocô na cama)	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Deficiência Intelectual, Transtorno de Ansiedade	2 (2)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Deficiência Intelectual, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Alimentar	2 (2)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Tod	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, TOD	2 (2)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, TOD- Transtorno Desafiador Ipositor	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno Alimentar	2 (2)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno de Ansiedade	4 (5)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno de Ansiedade, Epilepsia enxaqueca	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno de Ansiedade, TOD	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Alimentar	2 (2)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Humor	2 (2)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Humor, Transtorno Alimentar	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno de Humor, Transtorno Alimentar	1 (1)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade, Transtorno Opositor Desafiador	1 (1)
Transtorno Alimentar	4 (5)
Transtorno Alimentar, Epilepsia, transtorno do processamento sensorial.	1 (1)
Transtorno de Ansiedade	2 (2)

Tabela C1*Informações sobre os filhos*

Variáveis	N = 154¹
Transtorno de Ansiedade, Transtorno Alimentar	1 (1)
Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Humor, Transtorno Alimentar	2 (2)
Quanto tempo levou da suspeita a confirmação do diagnóstico de TEA?	
1 a 2 anos	22 (25)
7 meses até um ano	12 (14)
mais de 2 anos	31 (36)
menos de 6 meses	22 (25)
Qual o nível de suporte melhor descreve as necessidades da criança com TEA?	
Nível Alto de Suporte: A criança necessita de suporte significativo e personalizado em várias áreas, incluindo comunicação, interação social e comportamento, e pode requerer uma equipe multidisciplinar para fornecer esse suporte.	16 (18)
Nível Moderado de Suporte: A criança requer apoio mais substancial em várias áreas, e podem ser necessárias estratégias mais intensivas de ensino e intervenção.	32 (37)
Nível Baixo de Suporte: A criança pode precisar de algum apoio pontual em áreas específicas, mas geralmente é capaz de funcionar de forma relativamente independente em sua vida diária. Pode precisar de apoio ocasional em áreas específicas, como comunicação social ou tarefas específicas.	39 (45)
A criança faz uso de alguma medicação por conta do TEA?	
Não	28 (32)
Sim	59 (68)
A criança com TEA frequenta a escola?	
Não	2 (2)
Sim	85 (98)
Em caso positivo, estuda em que tipo de escola?	
Especial	4 (5)
Regular	83 (95)

Tabela C1*Informações sobre os filhos*

Variáveis	N = 154¹
A criança com TEA faz algum tipo de tratamento?	
Não	3 (3)
Sim	84 (97)
Participa de alguma rede comunitária para cuidadores de crianças com TEA? Se sim, citar quais.	
APAE Valença	1 (1)
Associação de pais	9 (10)
Associação de pais, Grupo de apoio	1 (1)
Corbi as 6as feiras 40 minutos psicologia em grupo com 03 crianças	1 (1)
Grupo de apoio	2 (2)
Grupo de apoio, Grupo em redes sociais	2 (2)
Grupo em redes sociais	12 (14)
Grupo terapêutico	4 (5)
Não	55 (63)
Qual diagnóstico?	
Deficiência intelectual	1 (9)
Síndrome de Down	2 (18)
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e/ou hiperatividade	7 (64)
Tea, TDAH, síndrome tourette	1 (9)

¹n (%)

A seguir os valores dos escores fatoriais transformados para preservar a matriz de correlação dos fatores. A Tabela C2 apresenta as estatísticas descritivas dos escores fatoriais do YSQ-S3, medidos em uma amostra com média de zero e diferentes desvios-padrão para cada fator. Todos os fatores têm valores de p do teste de Shapiro-Wilk menores que 0,05, indicando que a maioria dos fatores não segue uma distribuição normal ou quase normal.

Tabela C2*Estatísticas descritivas dos escores fatoriais do YSQ-S3*

Fator	Média	DP	W	p-valor	Mn	Percentil			Mx
						P25	P50	P75	
ED	0.00	0.63	0.90	0.00	-0.81	-0.56	-0.17	0.40	1.47
AB	0.00	0.75	0.93	0.00	-1.00	-0.58	-0.21	0.48	2.16
MA	0.00	0.72	0.96	0.00	-1.30	-0.59	-0.06	0.48	1.72
SI	0.00	0.80	0.93	0.00	-1.15	-0.78	-0.07	0.69	1.67
DS	0.00	0.83	0.85	0.00	-0.92	-0.62	-0.34	0.51	2.54
FA	0.00	0.83	0.89	0.00	-1.17	-0.67	-0.24	0.39	2.29
DI	0.00	0.74	0.92	0.00	-1.03	-0.64	-0.17	0.49	2.42
VH	0.00	0.85	0.96	0.00	-1.51	-0.73	-0.14	0.66	2.00
EM	0.00	0.67	0.91	0.00	-0.96	-0.53	-0.18	0.39	2.20
SB	0.00	0.77	0.95	0.00	-1.12	-0.60	-0.12	0.48	2.23
SS	0.00	0.48	0.98	0.01	-1.31	-0.42	0.04	0.41	0.95
EI	0.00	0.77	0.92	0.00	-1.23	-0.67	-0.23	0.62	1.75
US	0.00	0.56	0.98	0.07	-1.14	-0.47	-0.02	0.45	1.31
EN	0.00	0.68	0.99	0.52	-1.50	-0.45	-0.05	0.51	1.92
IS	0.00	0.71	0.97	0.01	-1.23	-0.52	-0.04	0.39	1.75
AS	0.00	0.58	0.97	0.00	-1.00	-0.44	-0.08	0.38	1.48
NE	0.00	0.85	0.94	0.00	-1.51	-0.71	-0.17	0.65	2.05
SP	0.00	0.80	0.90	0.00	-1.00	-0.61	-0.22	0.43	2.71

Nota. DP = Desvio-padrão; Mn: Mínimo; Mx; Máximo; ED = Privação emocional; AB = Abandono; MA = Desconfiança/abuso; SI = Isolamento social; DS = Defectividade/vergonha; FA = Fracasso em alcançar; DI = Dependência/Incompetência; VH = Vulnerabilidade a danos; EM = Emaranhamento; SB = Subjugação; SS = Autossacrifício; EI = Inibição emocional; US = Padrões inflexíveis; EN = Arrogo/Grandiosidade; IS = Autocontrole insuficiente; AS = Busca de aprovação; NE = Negatividade; SP = Autopunição.

No YSQ-S3 os fatores apresentam uma ampla variação nos valores mínimos e máximos.

Por exemplo, o fator Autopunição tem o maior intervalo de escores, variando de -1,00 a 2,71,

enquanto Autossacrifício apresenta o menor intervalo, variando de -1,31 a 0,95. A dispersão dos escores também difere entre os fatores, com o desvio-padrão variando de 0,48 para Autossacrifício até 0,85 para Vulnerabilidade a danos e Negatividade. Os quartis indicam a distribuição dos escores dentro de cada fator, com medianas geralmente negativas, sugerindo uma leve tendência para escores abaixo da média em vários fatores, como Defectividade/vergonha e Dependência/Incompetência. Esses resultados oferecem uma visão inicial dos padrões de resposta aos escores fatoriais, sugerindo a necessidade de uma análise mais profunda sobre a distribuição.

Complementarmente à análise dos resultados do DASS-21, a Tabela C3 apresenta as estatísticas descritivas dos escores fatoriais para o fator "Afetividade Negativa". A média dos escores foi padronizada em 0, com um desvio-padrão de 0,57. O teste de Shapiro-Wilk ($W = 0,97$, $p = 0,00$) indica que a distribuição dos escores não é uma distribuição normal. Os valores dos escores variaram de -0,97 a 1,33. Os percentis indicam que 25% dos participantes apresentaram escores abaixo de -0,49, enquanto 50% (mediana) tiveram escores acima de -0,03, e 75% apresentaram escores superiores a 0,44. O valor máximo observado foi de 1,33, e o mínimo, -0,97.

Tabela C3

Estatísticas descritivas dos escores fatoriais da Afetividade Negativa

Fator	Média	DP	W	p-valor	Mn	Percentil			Mx
						P25	P50	P75	
Afetividade Negativa	0.00	0.57	0.97	0.00	-0.97	-0.49	-0.03	0.44	1.33

Nota. DP = Desvio-padrão; Mn: Mínimo; Mx; Máximo.

Em relação ao IEP, para a versão materna da escala aplicada em crianças, o modelo não apresentou ajuste adequado ($\chi^2(\text{gl}) = 1318$ (798); CFI = .744, RMSEA = .051 [.046, .056])

(Gomide, 2021). Esses resultados sugeriram que há alguma inconsistência no instrumento ou na estimação dos seus parâmetros. Além disso, a confiabilidade do instrumento foi muito baixa para a maioria dos fatores. Em função desses resultados do manual, não usamos as cargas fatoriais do instrumento para calcular a correlação dos itens e executar uma análise fatorial confirmatória. Em vez disso, aplicamos a análise fatorial na amostra em si. Após realizar a análise fatorial confirmatória de itens, o modelo com 7 fatores correlacionados apresentou ajuste aceitável ($\chi^2(\text{gl}) = 1127,782 (798)$; CFI = 0.914, RMSEA = .052 [.045, .059]), nos permitindo concluir que os 7 fatores são válidos nessa amostra. Essa análise nos possibilitou calcular os coeficientes de confiabilidade da medida. A tabela abaixo apresenta os resultados das confiabilidades e uma estatística descritiva das cargas fatoriais.

A Tabela C4 apresenta as estatísticas descritivas das cargas fatoriais e coeficientes de confiabilidade para sete fatores relacionados ao comportamento parental: Abuso Físico, Comportamento Moral, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa, Monitoria Positiva, Negligência e Punição Inconsistente. Cada fator foi medido com 6 itens, e são fornecidos os valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo das cargas fatoriais, além dos coeficientes de confiabilidade (α de Cronbach, ω de McDonald e Confiabilidade Composta - CC). O fator Abuso Físico apresentou as maiores cargas fatoriais médias (.80) e também os maiores coeficientes de confiabilidade ($\alpha = .73$, $\omega = .79$, CC = .79), indicando que os itens desse fator têm alta consistência interna e que o modelo reflete bem o construto medido. Por outro lado, o fator Monitoria Negativa apresentou as menores cargas fatoriais médias (.47), com coeficientes de confiabilidade também mais baixos ($\alpha = .49$, $\omega = .49$, CC = .37), sugerindo uma consistência interna mais fraca. Os demais fatores, como Comportamento Moral (média das cargas fatoriais = .67) e Disciplina Relaxada (média das cargas fatoriais = .57), apresentaram coeficientes de confiabilidade baixos, com valores de alpha de Cronbach variando de .44 a .65 e coeficientes de confiabilidade composta entre .37 e .64. Esses resultados sugerem que, enquanto alguns

fatores possuem forte consistência interna e confiabilidade (como Abuso Físico), outros, como Monitoria Negativa e Punição Inconsistente, podem precisar de revisão dos itens ou de melhoria na formulação para aumentar a coerência interna e a capacidade de medir adequadamente os construtos subjacentes. Podemos concluir que dos 7 fatores, apenas 2 (Abuso Físico e Comportamento Moral) apresentaram uma confiabilidade minimamente aceitável nos três coeficientes. A baixa confiabilidade do IEP para mães também está presente no manual (Gomide, 2021).

Em nosso entendimento, com a confiabilidades dos fatores tão baixa, não realizamos as comparações desses fatores entre os grupos de mães em nosso estudo. Em função disso, realizamos outra análise fatorial de itens apenas com os fatores Comportamento Moral e Abuso Físico apresentado no estudo 2.

Tabela C4*Estatística descritiva das cargas fatoriais e coeficientes de confiabilidade - IEP*

Fatores	N	Média	DP	Mn	Mx	α	ω	CC
Abuso Físico	6	.80	.12	.61	.91	.73	.79	.79
Comportamento Moral	6	.67	.18	.45	.89	.61	.62	.64
Disciplina Relaxada	6	.57	.16	.35	.75	.65	.69	.50
Monitoria Negativa	6	.47	.19	.30	.79	.49	.49	.37
Monitoria Positiva	6	.54	.12	.36	.69	.44	.50	.45
Negligência	6	.60	.20	.37	.93	.56	.56	.54
Punição inconsistente	6	.51	.20	.19	.78	.56	.61	.43

Nota. N = Número de itens por fator; DP = Desvio-Padrão; Mn: Mínimo; Mx: Máximo; α = alpha de Cronbach; ω = ômega de McDonald CC= Confiabilidade composta.