



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ESTRESSORES E *COPING* DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PERCEPÇÃO DOS
PAIS

Mariana Grassi Maciel Garcia

Vitória

2021

MARIANA GRASSI MACIEL GARCIA

ESTRESSORES E *COPING* DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PERCEPÇÃO DOS
PAIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre, sob orientação da Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula e coorientação da Professora Doutora Fabiana Pinheiro Ramos.

UFES

Vitória, Setembro de 2021

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

G216e Garcia, Mariana Grassi Maciel, 1981-
Estressores e coping de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista na percepção dos pais / Mariana Grassi Maciel Garcia. - 2021.
120 f. : il.

Orientadora: Dra. Kely Maria Pereira de Paula.
Coorientadora: Dra. Fabiana Pinheiro Ramos.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Crianças e adolescentes. 2. Eventos estressantes. 3. Psicologia do desenvolvimento. 4. Transtorno do Espectro Autista. I. Paula, Dra. Kely Maria Pereira de. II. Ramos, Dra. Fabiana Pinheiro. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP**

**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM PSICOLOGIA DA ALUNA MARIANA GRASSI MACIEL GARCIA**

Aos vinte e nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e um, às dezesseis horas, com participação remota da mestranda e de todos os membros da Banca por meio de webconferência, nos termos da Portaria Normativa PRPPG/UFES nº 08, de 1º de julho de 2021, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelas Professoras Dra. Kely Maria Pereira de Paula (PPGP/UFES), Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss (PPGP/UFES) e Dra. Mylena Pinto Lima (Examinadora Externa) para a sessão pública da defesa de dissertação de Mestrado de **Mariana Grassi Maciel Garcia**, intitulada: “**Estressores e coping de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista na percepção dos pais**”, sob a orientação da Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula, que presidiu a Sessão. Realizada a arguição, a defesa foi dada por encerrada e os membros da Banca, reunidos, decidiram pela aprovação da Dissertação da aluna. Por fim, a presidente da sessão alertou que a aluna somente terá direito ao título de Mestre após entrega da versão final de sua dissertação, em papel e meio digital, à Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Nada mais havendo a acrescentar, eu, Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula, lavrei esta ata que vai assinada digitalmente por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora, nos termos da Portaria supramencionada.

Profa. Dra. **Kely Maria Pereira de Paula**
(Orientadora e Presidente da Sessão – PPGP/UFES)

Profa. Dra. **Alessandra Brunoro Motta Loss**
Examinadora Interna - PPGP/UFES

Profa. Dra. **Kely Maria Pereira de Paula** - Presidente da Sessão
Por Dra. **Mylena Pinto Lima** (Examinadora Externa)

Av. Fernando Ferrari, 514. Vitória/ES –Ed. Prof. Lídio de Souza
Campus de Goiaberas - CEP: 29075-910 - tel.:4009-2501 - E-mail: ppgp.ufes@gmail.com.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
KELY MARIA PEREIRA DE PAULA - SIAPE 2319185
Departamento de Psicologia Social e Desenvolvimento - DPSD/CCHN
Em 29/09/2021 às 19:13

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/276863?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ALESSANDRA BRUNORO MOTTA LOSS - SIAPE 2582809
Departamento de Fonoaudiologia - DF/CCS
Em 29/09/2021 às 19:28

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/276870?tipoArquivo=O>

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias, por todo ensinamento sobre a superação diária das dificuldades existentes.

Dedico também, ao meu marido André e aos meus filhos Matheus e Thiago, por todo amor e companheirismo. Vocês são luz na minha vida, nutro um amor infinito!

Dedico também, aos meus pais, meu irmão, minha tia, meus sogros, meus cunhados e minhas cunhadas pela rede de apoio e por cuidarem tão bem dos meus amores nos momentos que precisei me ausentar. Sem vocês essa conquista não seria possível! Gratidão!

Agradecimento Especial

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Kely Maria Pereira de Paula, por ter me acolhido e ter sido sempre tão compreensível.

À minha coorientadora, Prof^a Dr^a Fabiana Pinheiro Ramos, por ter compartilhado seu conhecimento e pela disposição em me ajudar.

À ambas, pelo comprometimento, ética e generosidade.

Agradecimentos

À Deus, sempre presente! Diante de todos os obstáculos, nunca deixou de ouvir minhas súplicas!

Ao CNPq pelo apoio financeiro que tornou possível a realização do estudo.

Às minhas queridas participantes da pesquisa, mães de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista, por toda paciência e disponibilidade.

Ao André, meu marido, por resistir ao meu lado diante de tantas dificuldades que passamos juntos. A minha vitória também é sua! Meu amor é eterno!

Aos meus lindos Matheus e Thiago. Meus companheiros maravilhosos. Agradeço a Deus por ter me escolhido para ser mãe de dois filhos tão especiais. Amo infinito!

Aos meus amados pais, Dolores e Eduardo, por todo amor e dedicação. Ao meu irmão Eduardo Júnior, por sempre me ajudar com a parte tecnológica e vibrar comigo a cada conquista. À tia Laudete pela fé depositada em mim.

Aos meus queridos sogros, cunhados e cunhadas, pelo carinho e suporte de sempre.

Às minhas queridas amigas Carolina Favarato, Gabriela Félix e Juliana Machado por todo amor e atenção de sempre!

Ao Alexandre, à Clarice e à Teresa, por me apoiarem sempre nos meus momentos mais difíceis. Sei que posso contar com vocês e isso é muito revigorante! Vocês moram no meu coração!

Às queridas amigas do LAPEPP para a vida inteira, sempre agradáveis e dispostas a ajudar. Muito obrigada, Sthefany Soares Santos Alvarenga e Lara Sessa Campos! Nossos momentos juntas foram incríveis!

À Professora Dr^a Alessandra Brunoro Motta Loss pelo carinho e por sempre tentar ajudar da melhor maneira possível.

À Professora Dr^a Mylena Pinto Lima, por ter aceitado ser da minha banca de qualificação

e por tantos estudos referentes ao autismo.

Aos meus queridos amigos do Mestrado, minha turma maravilhosa! Especialmente para minhas amigas Elis, Thaís, Ester, Marlise, Andreza e Anne!

Resumo

Garcia, M. G. M. (2021). Estressores e *coping* de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista na percepção dos pais. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) pertence à categoria dos transtornos do neurodesenvolvimento e caracteriza-se por déficits que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social e acadêmico ou profissional. Tais déficits podem variar desde limitações específicas na aprendizagem, linguagem, comunicação, comportamento e controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades cognitivas e sociais. Tendo em vista o impacto dessa condição nas famílias, este estudo teve como objetivo geral analisar estressores e estratégias de enfrentamento (*coping*) da condição de TEA em crianças e adolescentes. A pesquisa foi realizada de forma totalmente remota, desde o recrutamento dos participantes até a sessão de coleta dos dados, realizada por meio de plataforma digital, com duração de aproximadamente 1 hora. A amostra foi composta por 10 mães, sendo as crianças e adolescentes, com idades entre 8 e 12 anos, diagnosticados com TEA. Essa identificação foi realizada a partir do contato com os participantes. Foram aplicados os seguintes instrumentos: 1) Formulário de Caracterização da Amostra; 2) Critério de Classificação Econômica Brasil; 3) *Child Behavior Checklist* (CBCL); 4) Questionário de Estressores, elaborado para este estudo, versão pais ou responsáveis; 5) Instrumento de Avaliação das Estratégias de *Coping* da Criança e do Adolescente com TEA (IC-TEA) adaptado, versão pais ou responsáveis. O Formulário de Caracterização da Amostra e o CBCL foram aplicados através de formulário eletrônico, em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os demais instrumentos foram aplicados por meio de plataforma digital. Os dados foram categorizados e submetidos à

análise estatística descritiva e análise qualitativa. Verificou-se perfil clínico para competência total e para a maioria dos problemas de comportamento, conforme dados do CBCL. Lidar com vários comandos ao mesmo tempo; ficar em um ambiente com muito barulho e mudança de rotina foram os estressores mais citados e a análise do *coping* indicou estratégias mal adaptativas para a maioria desses estressores. Considera-se que a pesquisa poderá contribuir para uma melhor compreensão dos estressores na amostra, buscando nortear iniciativas de programas de orientação de pais e de intervenções profissionais com foco em estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

Palavras-chave: Estressores; *Coping*; Transtorno do Espectro Autista; Crianças e adolescentes; Pais.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) belongs to the category of neurodevelopmental disorders and is characterized by deficits that lead to impairments in personal, social, and academic or professional functioning. These deficits may range from specific limitations in learning, language, communication, behavior, and control of executive functions to global impairments in cognitive and social skills. Considering the impact of this condition on families, this study aimed to analyze stressors and coping strategies of the ASD condition in children and adolescents. The research was conducted entirely remotely, from the recruitment of participants to the data collection session, conducted through a digital platform, lasting approximately 1 hour. The sample was composed of 10 mothers, being the children and adolescents, aged between 8 and 12 years old, diagnosed with ASD. This identification was made from the contact with the participants. The following instruments were applied: 1) sample characterization form; 2) Brazil Economic Classification Criterion; 3) Child Behavior Checklist (CBCL); 4) Stressors Questionnaire, prepared for this study, parent or guardian version; 5) adapted Instrument for the Evaluation of Coping Strategies of Children and of Adolescents with ASD (IC-TEA), parent or guardian version. The Sample Characterization Form and the CBCL were applied through an electronic form, together with the Informed Consent Form. The other instruments were applied through a digital platform. The data were categorized and submitted to descriptive statistical analysis and qualitative analysis. A clinical profile was verified for total competence and for most behavior problems, according to data from the CBCL. Dealing with several commands at the same time; being in a noisy environment and change of routine were the most cited stressors and the analysis of coping indicated maladaptive strategies for most of these stressors. It is considered that the research may contribute to a better understanding of the stressors in the sample, seeking to guide initiatives for parental guidance programs and professional interventions focused on more

adaptive coping strategies.

Keywords: Stressors; Coping; Autistic Spectrum Disorder; Children and Adolescents; Parents.

Área(s) de conhecimento: 7.07.00.00-1 Psicologia

Subárea(s) de conhecimento: 7.07.07.00-6 Psicologia do Desenvolvimento Humano

Financiamento: CNPq (bolsa de Mestrado)

Sumário

Resumo	7
Lista de abreviaturas e siglas	14
Lista de figuras.....	15
Lista de tabelas.....	16
Apresentação.....	18
1. Introdução.....	20
1.1 O Transtorno do Espectro Autista (TEA)	21
1.2 Estressores de crianças e adolescentes com TEA e de seus familiares.....	27
1.3 <i>Coping</i> no contexto dos estressores do TEA	32
1.4 O problema de pesquisa e sua relevância	39
1.5 Objetivos	41
2. Método.....	42
2.1 Delineamento do estudo.....	42
2.2 Contexto da pesquisa	42
2.3 Participantes	42
2.4 Instrumentos	44
2.5 Procedimento de coleta de dados	48
2.6 Processamento e análise dos dados	49
2.7 Avaliação ética dos riscos e benefícios	50
3. Resultados.....	52
3.1 Caracterização da amostra	52
3.2 Competência total e problemas de comportamento de acordo com o CBCL	59
3.3 Principais estressores da amostra	66
3.4 <i>Coping</i> medido pelo IC-TEA.....	69

4. Discussão	77
5. Considerações finais.....	85
6. Referências	86
7. Apêndices	103
Apêndice A - Amostra de uma das pranchas do Instrumento da Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i> do TEA adaptado	103
Apêndice B – Flyer de divulgação da pesquisa	105
Apêndice C – Formulário de caracterização da amostra.....	106
Apêndice D – Questionário de dados sociodemográficos.....	107
Apêndice E – Questionário de Estressores para Crianças e Adolescentes Diagnosticados com TEA, na Percepção dos Pais ou Responsáveis.....	109
Apêndice F – Instrumento de Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i> da Criança e do Adolescente com TEA (IC-TEA) Adaptado para este Estudo, Versão Pais ou Responsáveis.....	111
Apêndice G – Parecer Consubstanciado do CEP.....	114
Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117

Lista de Abreviaturas e Siglas

TEA – Transtorno do Espectro Autista

AAIDD – Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

OMS – Organização Mundial de Saúde

APA – Associação Psiquiátrica Americana

ONU – Organização das Nações Unidas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

TMC – Teoria Motivacional do *Coping*

NPB – Necessidades Psicológicas Básicas e Universais

CRB – *Coping Response Booklet*

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CBCL – *Child Behavior Checklist*

IC-TEA – Instrumento de Avaliação das Estratégias de *Coping* da Criança e do Adolescente com TEA

CNS – Conselho Nacional de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ABA - Análise do Comportamento Aplicada

PEC's - Sistema de Comunicação por Figuras

Lista de Figuras

Figura 1. Composição da amostra das mães de crianças e adolescentes com TEA.....	43
Figura 2. Composição da amostra de crianças e adolescentes com TEA	44

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pais que compõem a amostra (n=10).....	53
Tabela 2. Análise do CCEB (n=10)	55
Tabela 3. Características sociodemográficas das crianças e adolescentes que compõem a amostra (n=10).....	56
Tabela 4. Características pessoais e clínicas da amostra (n=10).....	57
Tabela 5. Faixas das Escalas das Competências (CBCL) (n=10)	60
Tabela 6. Média de competências de crianças e adolescentes com TEA, referidas por suas mães (CBCL) (n=10)	60
Tabela 7. Faixas das Escalas de Síndromes (CBCL) (n=10).....	61
Tabela 8. Faixas dos Problemas (CBCL) (n=10).....	62
Tabela 9. Média de problemas comportamentais de crianças e adolescentes com TEA, referidos por suas mães (CBCL) (n=10)	62
Tabela 10. Faixas das Escalas Orientadas pelo DSM (CBCL) (n=10)	63
Tabela 11. Média de problemas das escalas orientadas pelo DSM de crianças e adolescentes com TEA, referidos por suas mães (CBCL) (n=10).....	63
Tabela 12. Faixas das Escalas de Pontuação (CBCL) (n=10)	64
Tabela 13. Média de problemas das escalas de pontuação de crianças e adolescentes com TEA, referidos por suas mães (CBCL) (n=10)	64
Tabela 14. Itens críticos de crianças e adolescentes com TEA, referidos por suas mães (CBCL) (n=10)	65
Tabela 15. Principais estressores para a amostra (n=10).....	67
Tabela 16. Estressores mais apontados pelas mães durante a pandemia e estratégias de enfrentamento	68
Tabela 17. <i>Coping</i> da situação 1 medido pelo IC-TEA (n=10)	70

Tabela 18. <i>Coping</i> da situação 2 medido pelo IC-TEA (n=10)	71
Tabela 19. <i>Coping</i> da situação 3 medido pelo IC-TEA (n=10)	73
Tabela 20. <i>Coping</i> da situação 4 medido pelo IC-TEA (n=10)	74
Tabela 21. Frequência de <i>coping</i> diante dos 4 estressores apresentados (IC-TEA) (n=10).....	75

Apresentação

Meus primeiros contatos com a pesquisa clínica em Psicologia se deram durante a Graduação, entre 2003 e 2007, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob orientação do Professor Doutor Agnaldo Garcia e do Professor Doutor Elizeu Batista Borloti, motivando a busca pela pesquisa e docência.

Recém-graduada, atuei como professora substituta na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), lecionando as disciplinas “Introdução à Psicologia Social” e “Psicologia da Educação e do Desenvolvimento”. Logo após, precisei me mudar para São Paulo e busquei a especialização em Psicodrama, pela Potenciar Consultores Associados. Depois de cinco anos atuando na área de Recursos Humanos, optei pelo trabalho como psicóloga clínica em consultório particular e aprimorei meus conhecimentos com a pós-graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental (Capacitar/ES), aperfeiçoamento em EMDR (EMDR Treinamento e Consultoria) e pós-graduação em Neuropsicologia (Capacitar/ES). Diante de vários atendimentos aos pais de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista, surgiu o interesse pelo tema da dissertação.

Após o ingresso no Mestrado, em 2019, o projeto de pesquisa aprovado pelo CEP sob o número 4.439.245, recebeu o título de “Estressores e *Coping* em Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista” e a coleta dos dados seria realizada no Ambulatório de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (ASMCA) do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), localizado na região Metropolitana da Grande Vitória/ES, sendo o convite aos participantes e a pesquisa realizados no próprio serviço.

Era estimada uma amostra composta por 10 famílias, sendo as crianças e adolescentes, com idade entre 8 e 14 anos, diagnosticados com TEA nível 1, pelo DSM-5, ou com perfil descritivo similar, ou seja, a despeito de dificuldades na interação social, repertório comportamental e funções cognitivas, apresentam funcionamento adaptativo, para atividades

diárias e outros cuidados básicos de forma independente, bem como no desempenho de tarefas acadêmicas. Essa identificação seria realizada por meio do prontuário e da indicação de um profissional do serviço.

A pesquisa estava dividida em dois estudos, sendo o primeiro com os responsáveis, no qual responderiam os seguintes instrumentos: 1) Critério de Classificação Econômica Brasil; 2) Formulário de Caracterização da Amostra; 3) Formulário de Entrevista Extensivo da Escala Adaptativa Vineland-3; 4) Questionário de Estressores, elaborado para o estudo, versão pais; 5) Instrumento de Avaliação das Estratégias de *Coping* da Criança e Adolescente com TEA (IC-TEA) adaptado, versão pais ou responsáveis. A escala Vineland seria utilizada para seleção e convite às crianças e adolescentes que se enquadrassem nos critérios de inclusão definidos, o que permitiria a composição da amostra do Estudo 2. No Estudo 2, além do questionário de estressores, as crianças e adolescentes responderiam o Instrumento da Avaliação das Estratégias de *Coping* do TEA adaptado (Apêndice A).

Com a eclosão da pandemia por Covid-19, o serviço do Ambulatório parou de funcionar, as pessoas precisaram se manter em isolamento e a pesquisa necessitou ser adaptada para o modelo online, com mudança nos participantes, que passaram a ser apenas os pais de crianças e adolescentes com TEA, conforme será descrito nesta dissertação.

1 Introdução

O desenvolvimento humano ocorre de forma integrada, envolvendo aspectos cognitivos, afetivos, sociais e motores, que vão se transformando ao longo dos anos (Benda, 1999; Perotti & Manoel, 2001). A capacidade de autorregulação é uma marca do desenvolvimento bem-sucedido. As pessoas se envolvem em uma variedade de interações com o mundo social, incluindo os aspectos físicos e cognitivos, o que requer uma capacidade de respostas às ações de outras pessoas, enquanto ao mesmo tempo há uma variedade de escolhas a serem feitas. Entendendo a autorregulação como um processo básico relacionado aos desfechos adaptativos ao longo do desenvolvimento (Linhares & Martins, 2015; Olson & Sameroff, 2009), é possível defini-la como a habilidade de monitorar e modular a emoção, a cognição e o comportamento, para atingir um objetivo e/ou adaptar às demandas cognitivas e sociais para situações específicas (Sroufe, 1995).

O surgimento da capacidade de se adaptar aos estressores e às adversidades é uma faceta central do desenvolvimento humano (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Essa adaptação bem-sucedida inclui as maneiras pelas quais os indivíduos gerenciam suas emoções, pensam construtivamente, regulam e dirigem seu comportamento, controlam sua excitação autonômica e agem nos ambientes sociais e não sociais para alterar ou diminuir as fontes de estresse (Compas et al., 2001).

Quando o desenvolvimento não ocorre segundo processos normativos, tem-se a caracterização de desenvolvimento atípico (Minetto & Löhr, 2016), gerando indicadores e sintomas associados a um comprometimento no comportamento adaptativo do indivíduo (Harman & Smith-Bonahue, 2017; Portes & Vieira, 2020). Esse déficit gera problemas de adaptação nas atividades diárias em casa, na escola e na comunidade (Oakland & Harrison, 2008), ou, ainda, menor repertório de habilidades conceituais, sociais e práticas, que permitem o aprendizado e uso no seu cotidiano (Associação Americana de Deficiência Intelectual e

Desenvolvimento [AAIDD], 2010).

Investigar as maneiras pelas quais esses vários aspectos de lidar com desafios e adversidades emergem e funcionam durante a infância e a adolescência de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é fundamental para avançar na compreensão dos processos de adaptação aos estressores (Compas et al., 2001).

1.1 O Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O autismo infantil foi descrito pela primeira vez por Kanner (1943), como um afastamento do contato interpessoal, imperfeição no desenvolvimento da linguagem comunicativa, dificuldade em lidar com situações fora de sua rotina, interesse extremo por determinados objetos e bom potencial cognitivo. Posteriormente, o autor redefiniu o conceito, enfatizando o isolamento dessas crianças e as dificuldades relacionadas à ausência de rotinas (Eisenberg & Kanner, 1956).

A Classificação Internacional de Doenças introduziu o termo autismo de maneira oficial em 1975, caracterizando-o como psicose da infância. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM I, 1952) e o DSM II (1968), descreviam apenas a esquizofrenia de tipo infantil (Lampreia, 2003). Em 1978, Rutter sugeriu que o autismo passasse a significar um transtorno do desenvolvimento e fosse diagnosticado de acordo com 3 aspectos, que permanecem até o momento: comunicação, interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento.

Atualmente, a CID-10 (1997), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), classifica o autismo como Transtorno Global do Desenvolvimento (F84) (Lampreia, 2003) e o DSM-5 adotou a categoria Transtornos do Neurodesenvolvimento para se referir ao:

(...) grupo de condições com início no período do desenvolvimento (geralmente antes da criança ingressar na escola), caracterizado por déficits que acarretam prejuízo no funcionamento pessoal, social e acadêmico ou profissional. Esses déficits podem variar desde limitações muito específicas na aprendizagem, linguagem, comunicação, comportamento, controle de funções executivas até

prejuízos globais em habilidades sociais e funcionamento cognitivo (APA, 2014, p.31).

O autismo é classificado em oito subcategorias, de acordo com a CID-10: Autismo infantil (F84.0); Autismo atípico (F84.1); Síndrome de Rett (F84.2); Outro transtorno desintegrativo da infância (F84.3); Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados (F84.4); Síndrome de Asperger (F84.5); Outros transtornos globais do desenvolvimento (F84.8); e Transtornos globais não especificados do desenvolvimento (F84.9) (OMS, 1997). O autismo infantil é definido como um transtorno do desenvolvimento, que se manifesta antes da idade de 3 anos, caracterizado por déficits de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. A síndrome de Asperger é caracterizada pelo mesmo tipo de déficits qualitativos de interação social recíproca que tipifica o autismo, junto com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo (OMS, 1997), contudo difere do autismo por apontar capacidade cognitiva próxima da normalidade (Assumpção Jr & Pimentel, 2000).

Já conforme o DSM-5, o TEA é dividido em níveis de gravidade. O nível 1 necessita de pouco apoio, pois apresenta déficit na comunicação social, como dificuldade em iniciar interações sociais ou interesse reduzido em interações sociais, comportamentos restritos e repetitivos, dificuldade em trocar de atividades e problemas de organização e planejamento, porém denota condições de realizar quase todas as atividades diárias, bem como conversar, ler, escrever e ter outros cuidados básicos de forma independente, como comer e se vestir, por exemplo. Os indivíduos no nível 2, por sua vez, precisam de apoio substancial, pois denotam déficit acentuado nas habilidades de comunicação verbal e não verbal, início limitado de interações sociais, respostas reduzidas à abertura dos outros, inflexibilidade no comportamento, dificuldade em lidar com a mudança e dificuldade em mudar de foco ou ação. Já as pessoas diagnosticadas com TEA do nível 3, necessitam de apoio muito substancial, pois apresentam todos os déficits listados no nível 2, contudo de maneira extrema (APA, 2014). De forma

ampla:

Os três níveis de gravidade indicam dificuldade para fazer amigos, brincar de forma imaginativa, como fingir que uma caixa de papelão é um foguete, por exemplo, hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, como indiferença aparente a dor ou a temperatura, reação contrária a determinados sons e fascinação visual por luzes, entre outros (APA, 2014, pp. 50).

Aproximadamente cerca de 1% da população mundial possui TEA, segundo estimativas globais da Organização das Nações Unidas (ONU) (Paiva Junior, 2019). O Brasil, conforme projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ultrapassou os 208 milhões de habitantes em agosto de 2018, portanto estima-se que haja cerca de 2 milhões de pessoas com TEA no território brasileiro (Paiva Junior, 2019). Apesar da relevância, a etiologia do TEA ainda permanece desconhecida. Embora se acredite que fatores ambientais, como infecções ou o uso de determinados medicamentos durante a gestação, tenham papel no desenvolvimento do transtorno, estima-se que o TEA seja hereditário em cerca de 50 a 90% dos casos, o que demonstra a importância dos fatores genéticos na patogênese do transtorno (Ronald & Hoeskstra, 2011; Sandin et al., 2014). A incidência do transtorno é maior no sexo masculino, na proporção de 4:1, pois o gênero feminino costuma apresentar maior resistência a mutações genéticas associadas ao TEA (Jacquemont et al., 2014).

O diagnóstico do TEA é essencialmente clínico, feito a partir das observações da criança e do adolescente (e seus problemas de comportamento), entrevistas com os pais e aplicação de instrumentos específicos (Silva & Elias, 2020), mas não é um processo simples, uma vez que, para além da grande diversidade das manifestações e da gravidade dos sintomas, existem também comorbidades (Novaes, Pondé, & Freira, 2008; Pondé, Matos, & Oliveira, 2017). A maioria das crianças que apresentam TEA com nível 1 de gravidade pode ter um diagnóstico tardio, pois os pais costumam notar os primeiros sintomas por volta dos 15 meses (Zanon, Backes, & Bosa, 2014) e podem esperar até 1 ano antes de procurarem ajuda (Onzi & Gomes, 2015). Ao receber o diagnóstico de TEA, a maioria das famílias manifesta sentimentos

de desamparo e angústia, principalmente por não saber lidar com os comportamentos apresentados pelos filhos e temer pela falta de desenvolvimento intelectual e social (Raines, 1999), mas à medida que os pais adquirem mais informações e buscam rede de apoio, passam a vislumbrar aspectos positivos de seus filhos, como companheirismo, afetuosidade e determinação para superar obstáculos (Emerich et al., 2017).

Não há cura para o transtorno, porém há medicações que auxiliam no controle dos problemas de comportamento, além de intervenções terapêuticas que podem promover ganhos no desenvolvimento das pessoas com TEA, resultando em melhora da qualidade de vida, independência e inserção social (Medavarapu et al., 2019). Dentre as intervenções terapêuticas com maior evidência de efetividade, é possível citar a Terapia ABA (Callahan, Shukla-Mehta, Magee & Wie, 2010), caracterizada por estimulações que ocorrem predominantemente de maneira individualizada, realizadas por muitas horas semanais (de 15 a 40 horas), por pelo menos dois anos consecutivos, que abrange várias áreas do desenvolvimento simultaneamente e que são fundamentadas em princípios de Análise do Comportamento (Baer et al., 1987). Entretanto, a oferta de acompanhamento multiprofissional para o TEA no Brasil é escassa, devido à alta demanda, a falta de profissionais qualificados e a ausência de políticas públicas eficazes para garantir o acesso da população de baixa renda (Baio et al., 2018).

Em relação aos problemas de comportamento, é possível dividi-los em duas categorias: externalizantes e internalizantes (Achenbach & Edelbrock, 1978). Problemas externalizantes são comportamentos que afetam o meio ambiente, como impulsividade, nervosismo, agressividade, impaciência/inquietação, destrutividade, desobediência, comportamento provocador e brigas (Achenbach & Edelbrock, 1978; Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Por outro lado, problemas internalizantes não afetam outras pessoas diretamente, pois estão relacionados com queixas de depressão, ansiedade, irritabilidade, tristeza, queixas somáticas relacionadas ao funcionamento emocional, timidez, preocupação excessiva, insegurança e

medos (Achenbach & Edelbrock, 1978; Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003; Hourigan, Southam-Gerow & Quinoy, 2015).

Nas crianças e adolescentes com TEA são altamente prevalentes os problemas externalizantes, como as estereotípias, acessos de raiva, agitação motora e comportamentos de agressividade verbal e/ou física (Einfeld, Ellis, & Emerson, 2011; Khouri et al., 2014; Rampazo, 2011). Esses comportamentos merecem atenção, já que acabam reduzindo as oportunidades de aprendizagem das crianças, fazendo com que o indivíduo se envolva na emissão destes e deixe de prestar atenção a outros estímulos do ambiente, como, por exemplo, participação em brincadeiras, momentos de interação social, atividades educacionais, dentre outras (Saulnier, Quirnbach, & Klin, 2011). Tais problemas associados às demais características do transtorno sobrecarregam expressivamente o cuidador principal da criança no ambiente familiar e social (Bears et al., 2013; Dardas & Ahmad, 2014; Estes et al., 2014; Farmer & Reupert, 2013).

Um dos instrumentos mais utilizados para verificar problemas de comportamento na infância e adolescência é o *Child Behavior Checklist* - CBCL, inventário de heterorrelato, que avalia problemas internalizantes e externalizantes, em que a percepção dos pais permite a classificação em clínico, limítrofe e não clínico (Achenbach, & Rescorla 2001). É possível destacar alguns estudos sobre problemas de comportamento e TEA, com a utilização do CBCL. Um desses estudos, com 35 mães de crianças com TEA, com idade entre 3 e 15 anos, obteve como resultado o enquadramento da média da amostra na faixa clínica para problemas totais e problemas internalizantes e fora da faixa clínica para problemas externalizantes (Marteleteo, Schoen-Ferreira, Chiari & Perissinoto, 2011). Uma explicação plausível para esse resultado é a de que comportamentos comumente apresentados por pessoas com TEA, como evitar o contato físico (toques, aperto de mão e abraços), agressividade e impaciência/inquietação, não tem por objetivo ferir as outras pessoas, mas proteger a si mesmo de algo que não consegue

lidar (Rutgers & cols., 2007). Outros dados interessantes gerados por esse trabalho foram a alta pontuação obtida pela média da amostra para problemas de pensamento e problemas de atenção e a baixa pontuação para ansiedade/depressão e comportamento agressivo, além do alto índice da síndrome de isolamento (Marteleto et al., 2011).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado com 19 participantes com TEA (Almeida, Giordani, Yates & Trentini, 2021), sendo 18 participantes do sexo masculino, 8 participantes entre 1 ano e 6 meses e 5 anos e 11 participantes entre 6 e 18 anos de idade. Na avaliação geral, a categoria isolamento/depressão, estava dentro da faixa clínica e as categorias problemas de atenção, problemas totais, problemas internalizantes e a escala DSM para problemas depressivos estava na faixa limítrofe. Avaliando a média dos participantes entre 6 e 18 anos de idade, a faixa clínica abarcou as escalas síndrome de ansiedade/depressão, problemas de pensamento, problemas de atenção e a escala DSM de problemas de ansiedade. A faixa limítrofe compreendeu a competência social, a escala síndrome de ansiedade/depressão e comportamento agressivo, além dos problemas totais, problemas internalizantes e problemas externalizantes.

Um dos elementos importantes apresentados nesses estudos foi o alto índice de problema de atenção, aspecto também apontado por Santos e Hora (2017) ao analisarem os comportamentos de 8 crianças e adolescentes entre 6 e 12 anos, com diagnóstico de TEA, na perspectiva dos pais, por meio do CBCL. O resultado indicou que 75% dos participantes apresentaram pontuações significativas de problemas de atenção, classificando-se como grupo clínico e 25% dos indivíduos como não clínico. Além desse apontamento, o estudo também avaliou o comportamento de violação de regras, no qual 12,5% classificaram-se como grupo clínico e 87,5% como não clínico. No que tange aos comportamentos agressivos, todos os participantes estavam na faixa considerada não clínica.

Assim, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pode apresentar-

se como transtorno comórbido ao TEA, já que os sintomas de impulsividade, hiperatividade e desatenção muitas vezes apresentados por pessoas com TEA assemelham-se àqueles existentes em indivíduos com TDAH, sintomas estes dos quais professores e pais queixam-se frequentemente, de modo a não descartar a possibilidade de um diagnóstico de TDAH em indivíduos com TEA (Souza et al., 2007).

Identificando a grande quantidade de problemas de comportamento e problemas de origem emocional apresentados por essa população, torna-se importante que as crianças e os adolescentes com TEA, assim como seus familiares e cuidadores, observem os principais estressores relacionados ao transtorno, com o objetivo de tentar minimizá-los por meio do uso de estratégias de enfrentamento adequadas.

1.2 Estressores de crianças e adolescentes com TEA e de seus familiares

Estressores são considerados eventos de vida desafiadores ou ameaçadores cujas demandas excedem os recursos que o indivíduo tem para lidar com eles, como o objetivo de alterá-los, minimizá-los ou mesmo se esquivar (Berger & Dalton, 2001; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Assim, estressores podem se configurar em obstáculos que comprometem um ajuste psicossocial adequado (Frydenberg, Care, Freeman, & Chan, 2009).

As experiências estressoras que ocorrem no curso do desenvolvimento humano, sejam aquelas decorrentes de eventos negativos significativos ou mesmo de fatores constantes percebidos como adversos, ameaçam o bem-estar de crianças e adolescentes, podendo contribuir para o surgimento e a evolução de psicopatologias e problemas comportamentais (Compas et al., 2001), tanto internalizantes quanto externalizantes (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). O impacto desses eventos é determinado pela forma como ocorrem e também como são percebidos e devem ser considerados, ainda, os fatores mediadores, como as características individuais e o suporte afetivo e social percebidos nos contextos de

desenvolvimento (Poletto, Koller, & Dell’Aglia, 2009).

Crianças e adolescentes com TEA, em sua maioria, são movidas por uma necessidade persistente de rotina e têm dificuldade para se adaptar a mudanças (Machado, 2019). Estudo com 59 crianças e adolescentes do sexo masculino, entre 8 e 12 anos de idade, sendo 27 com TEA e 32 com desenvolvimento típico, buscou investigar e comparar as reações desse grupo diante do estressor mudança de rotina (Lanni, Schupp, Simon, & Corbett, 2012). Os resultados demonstraram que ambos os grupos reagiram de forma mal adaptativa à mudança de rotina, contudo os participantes com TEA exibiram uma resposta mais persistente ao estressor, enquanto o grupo com desenvolvimento típico exibiu uma readaptação mais rápida, sugerindo menos incômodo diante do estressor. Porém, os autores pontuam que dentro do grupo da amostra com TEA, também houve variações, pois a resposta ao estressor depende da interpretação do evento como ameaçador e nem todos os eventos de mudança de rotina são igualmente estressores para indivíduos com TEA, além de estarem influenciados pelo contexto e outros fatores de modificação (Vreeburg et al., 2009). Outra observação foi referente à idade dos participantes, pois quanto mais próximo ao período da puberdade, mais desafios sociais vão surgindo, gerando um aumento da ansiedade frente aos estressores da população com TEA (Gillot, Furniss & Walter, 2001; Corbett, Schupp, Simon, Ryan & Mendoza, 2010; Lopata, Volker, Putnam, Thommer & Nida, 2008; Bellini, 2006; Kuusikko et al., 2008). A conclusão denota a importância da preparação das crianças e adolescentes com TEA para lidar de maneira adaptativa com a mudança de rotina (Lanni et al., 2012).

Outro estressor importante a ser observado são os estímulos sensoriais aversivos, já que as pessoas com TEA frequentemente mostram padrões atípicos de sensibilidade a estímulos (Kwakye, Foss-Feig, Cascio, Stone & Wallace, 2011). A hipersensibilidade transforma contato físico e determinados sons em aflição para essas crianças e adolescentes, pois ao se depararem com ruídos altos tendem a levar as mãos aos ouvidos como forma de proteção (Kaplan &

Sadock, 1999). Estudo com um paciente com TEA, diante de um atendimento odontológico concluiu que alguns detalhes devem ser observados durante o atendimento, como: eliminação de estímulos sensoriais estressantes, ordens claras e objetivas e estabelecimento de uma rotina de atendimento (Amaral et al., 2012). Mudar os móveis de lugar no consultório pode desencadear crises, além da importância de ser acompanhado pelo mesmo profissional, no mesmo local com rotina preestabelecida (Alves, 2004; Aguiar & Santos Pinto, 1992).

Ao avaliar os estressores indicados por 14 crianças e adolescentes com TEA, com média de 13,5 anos e seus pais, uma pesquisa realizada em Taiwan revelou, através dos resultados de entrevistas pessoais, que essa população experimentava estressores da vida diária, que incluíam estímulos ambientais, expectativas acadêmicas e comportamentais, mudanças na rotina, controle emocional e estressores da socialização que abarcavam *bullying*, comunicação, interações pessoais, resolução de conflitos e dificuldade em entender as emoções dos outros. Os estressores resultaram dos principais sintomas e comportamentos característicos do TEA e também das expectativas culturais de Taiwan (Chin, Li, Chao, & Chang, 2018).

Estressores de adolescentes com TEA, avaliados de acordo com a variável gênero, foram apontados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 3 díades mãe-filha e mais duas mães. Uma série de questões foram destacadas cobrindo os domínios físico, emocional, social e sexual. Algumas dessas questões foram vivenciadas de forma semelhante por ambos os sexos durante a adolescência, como implicações negativas do diagnóstico tardio, desafios de transição e enfrentamento do ensino médio, papel de apoio dos pais na adolescência, dificuldades de adaptação ao aumento de demandas das rotinas de higiene e a importância de aprender limites pessoais nas interações com os outros. Outras questões discutidas foram de particular relevância para as participantes do sexo feminino, como a dificuldade em socializar com meninas que não têm o transtorno, problemas de puberdade específicos ao sexo e vulnerabilidades sexuais. Contudo, não é possível generalizar tais

estressores, devido aos poucos estudos encontrados sobre TEA e as diferenças entre os gêneros feminino e masculino (Cridland, Jones, Caputi & Magee, 2014).

Outro tema relevante de investigação na população com TEA envolve o estresse parental. Ao comparar pais de crianças e adolescentes com TEA e pais com filhos com desenvolvimento típico, é possível perceber que as dificuldades persistentes na comunicação e interação social e os padrões de comportamento repetitivo e estereotipado são relacionados a um nível significativamente mais alto de estresse dos pais de filhos com TEA, quando comparado às demais famílias (Hayes & Watson, 2013). As habilidades adaptativas e a capacidade cognitiva estão associadas ao estresse parental específico, mas a gravidade dos sintomas do transtorno não prediz o estresse dos pais, conforme apontado na pesquisa realizada por Giovagnoli et al. (2015).

Contudo, uma outra pesquisa realizada com 118 responsáveis concluiu que os níveis de estresse de pais e mães foram associados à gravidade dos sintomas do TEA, à idade do filho, quociente intelectual, comportamentos adaptativos e sexo da criança (Rivard, Terroux, Parent-Boursier & Maercier, 2014). Assim como a alta gravidade dos sintomas do TEA e o comportamento desafiador dos filhos foram apontados como preditores de estresse nos pais (Argumedes, Lanovaz & Larivée, 2018) e a sintomatologia do TEA foi responsável pelo maior índice de estresse nas mães ao comparar o estresse parental em mães de crianças com e sem características de TEA mediante autorrelato de 27 díades mãe-filho (Factor, Swain & Scarpa, 2018).

Alguns problemas de conduta como agressividade, negativismo diante de ordens e demandas, quebra de normas sociais e extrema irritabilidade ou falta de controle emocional, também foram apontados como fatores de estresse para mães de crianças e adolescentes com TEA (Davis & Carter, 2008; Hall & Graff, 2012). Pesquisa realizada com 30 mulheres, com idades variando de 30 a 56 anos, cujos filhos tinham diagnóstico de autismo e idades entre 12

e 30 anos, sendo utilizados uma ficha de identificação de estressores, Inventário de Sintoma de Stress para Adultos e uma escala de autoeficácia indicou que os comportamentos mais difíceis de lidar para essas mães envolveram a dificuldade do filho de se comunicar, alternando os turnos em uma conversa, e manter o contato visual ao interagir com os pares. Os comportamentos com menor dificuldade foram os movimentos estereotipados do filho, a quantidade excessiva de tempo gasto em uma atividade específica e a insistência de que as coisas fossem feitas de certa maneira (Schmidt & Bosa, 2007).

Baseado na identificação de estressores comuns levantados na revisão apresentada, bem como nos indicadores do TEA com base no DSM-5 (2014), quatro principais estressores para a população em questão se destacam na execução de competências de vida diária, acadêmicas e sociais: 1) realizar contato visual com outras pessoas, em interações que requerem o uso de comunicação verbal e não verbal; 2) realizar mudanças nas rotinas; 3) executar diversas ações para a conclusão de uma mesma tarefa ou realizar várias ao mesmo tempo para alcançar um objetivo; e 4) ser submetido a vários estímulos sensoriais em um ambiente que pode ser aversivo (APA, 2014). De forma integrada e pertinente à análise estressores-estresse, é importante considerar outro elemento fundamental na percepção de tais aspectos, ou seja, como crianças e adolescentes com TEA e suas famílias foram influenciados pela pandemia por Covid-19.

Em dezembro de 2019, foi identificada pela primeira vez, em Wuhan, na China, uma doença infecciosa causada pelo novo Coronavírus, que recebeu o nome de Covid-19 (Fiocruz, 2020). Em janeiro de 2020, a OMS declarou como Emergência de Saúde Pública e em março de 2020 como uma pandemia (OMS, 2020). A doença precisou ser combatida por meio de ações preventivas, que incluíram o uso de máscaras, lavagem e higienização das mãos e o isolamento social como forma de evitar a propagação (OPAS, 2020). Tais recomendações modificaram de forma significativa o cotidiano, o que pode resultar em tensão, medo, estresse

e ansiedade (Fiocruz, 2020).

O cumprimento dessas estratégias deve partir de cada núcleo familiar, garantindo a atenção a cada membro de acordo com suas necessidades. As crianças e adolescentes são um grupo vulnerável e se tiverem um transtorno como o TEA, o risco fica muito maior, não por serem mais suscetíveis às complicações do vírus, mas por apresentarem dificuldade de entender por que seu cotidiano foi desorganizado, expondo-os a maiores riscos de contaminação e a quadros mais propícios de desenvolvimento de estresse e ansiedade (Rodríguez & Cordero, 2020).

Diante do cenário mundial da pandemia, essas crianças e adolescentes foram privadas de frequentar a terapia, à escola, dentre outros elementos que comumente compõem o dia a dia, configurando mudança de rotina, o que tende a gerar sofrimento (Brasil, 2015; Machado, 2019). Sabe-se que organizar a rotina de crianças e adolescentes com TEA, buscando garantir uma maior previsibilidade das atividades cotidianas, é uma estratégia de cuidado essencial a ser adotada em tempos de pandemia (LaFollia, 2020). A participação ativa da própria criança/adolescente e de sua família na proposição de tais rotinas é algo fomentado pelos profissionais de saúde mental, visando instituir a autonomia do sujeito e a adoção de práticas adaptativas de enfrentamento (*coping*) dos estressores (Costa-Rosa, 2000).

1.3 *Coping* no contexto dos estressores do TEA

Entre as diferentes abordagens para a compreensão do *coping*, a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC), elaborada por Skinner e colaboradores na década de 1990, compreende o processo de *coping* como um conjunto de esforços autorregulatórios em que o indivíduo ajusta suas respostas para lidar com uma situação estressora (Skinner & Edge, 2002; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009). A capacidade de lidar com eventos estressores de maneira adaptativa resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, os quais podem atenuar ou exacerbar os desafios associados a diferentes

transtornos mentais ou do desenvolvimento (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Dessa maneira, é preciso esclarecer quais situações são percebidas como estressoras, já que a avaliação do evento pode mudar ao longo do tempo e dos contextos (Crepaldi, Enumo, & Linhares, 2019).

De acordo com a TMC, o *coping* é manifestado quando o indivíduo entra em contato com situações estressoras que ameaçam ou desafiam uma ou mais das três necessidades psicológicas básicas e universais (NPB) – de relacionamento, de competência e de autonomia. A NPB de relacionamento consiste em estar próximo de outras pessoas de maneira segura; competência indica interações efetivas com o ambiente, tendo como meta os resultados positivos, evitando os negativos; e autonomia se refere ao poder de escolha (Skinner & Welborn, 1994).

Essa teoria propõe um modelo hierárquico de análise organizado em 12 categorias amplas ou *families of coping* (Skinner & Edge, 2002; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003; Skinner & Wellborn, 1994) considerado promissor por estabelecer diferentes níveis de análise, a partir de uma perspectiva desenvolvimentista (Ramos, Enumo, & Paula, 2015), integrando processos genéticos, fisiológicos e sociais específicos ao longo do ciclo de vida (Skinner & Zimmer- Gembeck, 2009).

Na base da estrutura do enfrentamento, para a TMC, estão os comportamentos de *coping*, que correspondem às respostas da pessoa (aquilo que faz ou pensa) ao lidar com os estressores. Em nível superior, estão as estratégias de *coping*, que correspondem às categorias que agrupam esses comportamentos de enfrentamento, com base no seu significado ou valor funcional. Por fim, no nível mais alto do modelo hierárquico, estão as famílias de enfrentamento, também organizadas conforme o seu significado ou a sua função. Assim, cada família de *coping* inclui um conjunto de estratégias que, por sua vez, abarcam certos comportamentos, agrupados em torno de resultados (favoráveis ou não) do processo adaptativo

de um indivíduo, sem deixar de considerar a relação com um estressor em particular, com um conjunto de estressores, bem como com os contextos em que tais desafios se apresentam (Skinner & Edge, 2002; Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994).

As 12 famílias de *coping* são assim definidas: 1) Autoconfiança: tentativa de manter o controle das próprias emoções e expressão emocional positiva; 2) Busca de suporte: utilização dos recursos sociais disponíveis por meio da busca de contato e apoio de outras pessoas; 3) Resolução de problemas: planejamento estratégico e ações que buscam a solução dos problemas; 4) Busca de informação: perguntar para outras pessoas, leitura, estudo e observação; 5) Acomodação: aceitação, cooperação, minimização e concentração em algo bom que possa surgir da situação estressora; 6) Negociação: persuasão para encontrar novas opções e formalizar uma decisão de consenso entre as pessoas envolvidas na situação; 7) Delegação: diminuição do uso das próprias capacidades por meio da reclamação e autoculpabilização; 8) Isolamento: evitação dos demais e/ou evitação da conversa sobre os próprios problemas com outras pessoas; 9) Desamparo: passividade, desânimo, culpa, dúvida e confusão que leva a limitação das próprias ações; 10) Fuga: negação, procrastinação, fuga de ambientes adversos; 11) Submissão: foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos e prejudiciais do evento estressor e nas suas consequências, ruminação e rigidez; 12) Oposição: retirar obstáculos utilizando agressão, culpando os demais pelos próprios erros (Ramos, 2012; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). As seis primeiras famílias são consideradas adaptativas, e as seis restantes, mal adaptativas (Ramos, 2012; Skinner & Edge, 2002; Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994).

Cada família de enfrentamento se relaciona a uma das três NPBs. As famílias relacionadas às avaliações de desafio ao relacionamento são: autoconfiança e busca de suporte; e as associadas à avaliação de ameaça ao relacionamento são: a delegação e o isolamento. O processo adaptativo aqui envolvido é a coordenação da confiança e dos recursos sociais

disponíveis (Ramos, 2012; Skinner et al., 2003). A avaliação de desafio à competência abarca as famílias de enfrentamento de solução de problemas e busca de informações; e, na avaliação de ameaça à competência, compreende as famílias de desamparo e fuga. O processo adaptativo relacionado é a coordenação de ações e contingências no ambiente (Ramos 2012; Skinner et al., 2003). Em relação ao desafio à autonomia, assentam as famílias de *coping* de acomodação e negociação; e, na avaliação de ameaça à competência situam-se a submissão e a oposição. O processo adaptativo estabelecido assimila a coordenação de preferências e opções disponíveis (Ramos 2012; Skinner et al., 2003). Cada categoria pode ser analisada conforme os comportamentos típicos, as emoções envolvidas e a orientação motivacional (Ramos, 2012). Várias estratégias de enfrentamento podem ser reunidas por cada família desse sistema, dessa maneira, as famílias representam instâncias mais altas de categorização, de determinadas estratégias, que fazem a ligação das estratégias de enfrentamento com os processos adaptativos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Com o objetivo de avaliar o enfrentamento de crianças e de seus pais em situações estressoras, Lees (2007) elaborou a *Motivational Theory of Coping Scale - 12*, a partir da TMC, um instrumento que incorpora as 12 famílias de *coping* (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994). Mais especificamente, os itens do questionário buscam identificar seis medidas: reação emocional; avaliação de ameaça; avaliação de desafio; orientação (aproximação ou afastamento do estressor); identificação e o uso das 12 macrocategorias de enfrentamento (Lees, 2007). Essa pesquisa gerou outros estudos que também demonstraram efetividade do sistema de 12 categorias para identificar estratégias de enfrentamento diante de estressores (Zimmer-Gembeck et al., 2009; 2011).

Estudo sobre *coping* da condição de TEA a partir da abordagem disposicional do *coping* de Carver e Connor-Smith (2010), foi realizado com amostra de 17 participantes de Taiwan, com idades entre 6 e 19 anos, com dados coletados a partir de entrevistas semiestruturadas

(Chin, Chao, Chang, Li, & Chen, 2017). Os questionários exploraram as estratégias de enfrentamento e cinco temas emergiram da análise dos dados: 1) Resolução de problemas; 2) Atuação; 3) Evasão; 4) Busca de ajuda; e 5) Autorregulação. Esses temas incluíram várias estratégias de enfrentamento, que envolvem mecanismos de autorregulação pautados em características de temperamento e de personalidade. Nesta perspectiva, as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e na emoção se relacionam e se complementam, dando origem a dois tipos de *coping*: (a) *coping* engajado (*engagement coping*), no qual há compromisso e envolvimento da pessoa com seu processo de enfrentamento por meio do uso de estratégias ativas de enfrentamento, como busca de apoio, regulação emocional, aceitação, por exemplo; e (b) *coping* desengajado (*disengagement coping*) baseado em esforços no sentido de ignorar o estressor, incluindo o uso de estratégias de enfrentamento, como a evitação, a negação e a ilusão. As crianças e adolescentes com TEA apresentaram algumas estratégias adaptativas e de engajamento, como busca de ajuda da família, dos professores, dos colegas e da equipe médica para resolver problemas; capacidade de comunicação, persuasão e negociação; observar antes de aproximar-se de um lugar desconhecido; perdoar o erro do outro diante de uma injustiça; flexibilidade e capacidade de se acostumar a novas situações; uso da capacidade criativa e imaginativa por meio da escrita e da música. Contudo, a maioria dos participantes relatou uso de estratégias mal adaptativas e de desengajamento, como agressão física e verbal; choro prolongado; acessos de raiva e gritos; ignorar, intimidar e insultar os outros; autoagressão; fugir e esconder-se diante de uma situação desconfortável. Os autores atribuem esse resultado aos preceitos de disciplina e obediência enfatizados pela cultura chinesa, nos quais os pais tendem a ser mais autoritários e menos afetuosos e também a excessiva carga horária escolar e intensa cobrança de desempenho acadêmico exemplar. Concluem que estudos como esse são importantes para compreender as estratégias de enfrentamento dessa população e assim poder ajudar pais, professores e profissionais médicos

a desenvolver intervenções para reduzir esses desafios, o que pode aliviar o estresse e melhorar o funcionamento social dessa população (Chin et al., 2017).

Em relação aos adolescentes com TEA, uma pesquisa realizada por Khor, Melvin, Reid, & Gray (2014) com 31 participantes, entre 12 e 18 anos de idade, por meio da aplicação de um questionário, demonstrou que o estilo de enfrentamento mal adaptativo (fuga, isolamento, submissão e desamparo) aos aborrecimentos diários foi associado a níveis significativamente mais altos de problemas emocionais. Os autores sugerem que trabalhar formas de enfrentamento adaptativo diante das adversidades do cotidiano pode ser um alvo valioso para intervenção.

Além das pesquisas que avaliaram o *coping* da criança e do adolescente com TEA, a literatura também apresenta estudos direcionados à compreensão do enfrentamento de pais dessa população. Estudo longitudinal sobre *coping* parental utilizou entrevistas em profundidade e observação participante com 28 pais lidando com o autismo por um período de aproximadamente uma década. Os resultados indicaram que as estratégias de enfrentamento mudaram desde o início do estudo, à medida que menos pais se referiram às estratégias de dependência de prestadores de serviços, apoio familiar, retraimento social e individualismo e relativamente mais pais buscavam a fé religiosa e outras estratégias focadas na emoção (Gray, 2006). Pesquisa realizada sobre emoções investigou a relação entre estresse e afeto negativo, e o papel do afeto positivo rotineiro como fator protetor em mães de crianças com TEA, utilizando uma metodologia de diário (Ekas & Whitman, 2011). Os resultados revelaram que níveis mais altos de estresse foram associados ao aumento do afeto negativo tanto dentro como através dos dias. O efeito positivo, provocado por anotações dos bons acontecimentos da rotina, amorteceu o impacto negativo imediato e duradouro do estresse.

Estudo de Zablotzky, Bradshaw e Stuart (2013) concluiu, por sua vez, que mães de crianças com TEA apresentam maior risco de problemas de saúde mental e altos níveis de

estresse em comparação a mães de crianças sem o transtorno. A presença de estratégias de enfrentamento materno, na forma de suporte social emocional e de vizinhança, bem como fortes habilidades de enfrentamento, foram capazes de reduzir esses riscos. Na mesma direção, a pesquisa realizada por Gray (2003) indicou que, no caso do TEA, as mulheres são mais vulneráveis do que os homens a eventos estressantes e usam estratégias diferentes para lidar com tais situações. Segundo Al-Kandari et al. (2017), mães de crianças com essa condição sofrem com a diminuição da capacidade de desempenhar funções sociais e cuidar de si mesmas, bem como com uma menor capacidade de aproveitar a vida; buscam enfrentar esses problemas com o apoio familiar, inserção em grupos de apoio, aceitação, apego à fé e à religião, e também com a prática do pensamento positivo.

Pesquisa que investigou *coping* e estresse familiar de 32 pais por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada, concluiu que os maiores entraves encontrados pelos responsáveis estão relacionados à comunicação e à alimentação dos filhos com TEA, sendo as áreas mais afetadas no cotidiano dos pais, o lazer e o trabalho (Carvalho-Filha et al., 2018). Todavia, estudo que analisou a correlação entre a oralidade de crianças com TEA e o nível de estresse de 175 pais, utilizando um questionário de estresse criado para a pesquisa, indicou que o nível de estresse destes não é influenciado pela ausência de oralidade na comunicação de seus filhos (Segeren & Fernandes, 2016). As dificuldades de comportamento dos filhos tendem a contribuir para a fadiga dos pais, que acabam aumentando o nível de estresse quando usam estratégias de enfrentamento ineficazes, por isso torna-se muito importante adotar estratégias adaptativas de enfrentamento ao lidar com estressores no intuito de criar ambientes familiares que promovam a autorregulação dos filhos (Seymour, Wood, Giallo & Jellett, 2013).

Por se tratar de uma abordagem historicamente mais recente do *coping* (Skinner & Edge, 2002; Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994), ainda são escassos os estudos que utilizam o referencial da TMC para a compreensão do enfrentamento de crianças e

adolescentes com TEA, não obstante a ampliação do uso deste referencial teórico por pesquisadores brasileiros em diversos contextos e com diferentes populações (Ramos et al., 2016). A ênfase em aspectos desenvolvimentais pela TMC, a torna uma abordagem mais apropriada para permitir a compreensão dos elementos que formam a base desenvolvimental do *coping*, a saber: sua natureza, o papel dos parceiros sociais, e a natureza do processo de regulação, ao longo das fases do desenvolvimento, especialmente, aquelas que estão incluídas na faixa etária da infância e da adolescência (Skinner, & Zimmer-Gembeck, 2011), foco central deste estudo.

1.4 O problema de pesquisa e sua relevância

Diante de recente revisão bibliográfica para o período de 2003 a 2021, combinando descritores relacionados ao tema de interesse deste projeto, como estressores, enfrentamento, *coping*, Transtorno do Espectro Autista (TEA), crianças, adolescentes, pais, e seus correspondentes em inglês, operacionalizada mediante busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados *BVS-PSI* (Biblioteca Virtual em Saúde em Psicologia), periódicos *Capex* (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Scielo* (Scientific Electronic Library Online) e *MedLine*, além do *Journal of Autism and Developmental Disorders* e o *Journal of Applied Behavior Analysis*, foi possível identificar um número reduzido de estudos empíricos, sendo 18 estudos internacionais e 5 estudos no cenário brasileiro. A maioria das pesquisas localizadas nesta revisão se referiu aos principais estressores apresentados pelos pais (Al-Kandari et al., 2017; Argumedes et al., 2018; Carvalho-Filha et al., 2018; Davis & Carter, 2008; Ekas & Whitman, 2011; Factor et al., 2018; Giovagnoli et al., 2015; Gray, 2003, 2006; Hall & Graff, 2012; Hayes & Watson, 2013; Rivard et al., 2014; Schmidt & Bosa, 2007; Segeren & Fernandes, 2016; Seymor et al., 2013; Zablotsky et al., 2013). Apenas três estudos foram

encontrados sobre estressores do transtorno respondido pelas crianças e adolescentes (Amaral et al., 2012; Chin., 2018; Corbett et al., 2012) e dois outros relativos às estratégias de *coping* adotadas pelos próprios indivíduos com TEA (Chin et al., 2017; Khor et al., 2014), todos internacionais. Também não foi possível encontrar instrumentos de investigação do *coping* para uso com essa população.

A capacidade de lidar com eventos estressores de maneira adaptativa pode atenuar ou exacerbar os desafios associados a diferentes transtornos do desenvolvimento (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Assim, torna-se necessário identificar os estressores e *coping* da condição de TEA, considerando se há alguns aspectos contextuais que poderiam estar presentes na nossa população ao lidar com diferentes desafios e adversidades.

A avaliação de estressores e de recursos de enfrentamento é uma temática relevante no conjunto de estudos que focalizam o bem-estar da população pediátrica (Cunha, Enumo, Machado, & Andrade, 2018; Dias, França, Enumo, & Gonçalves, 2019; Enumo, Oliveira, Bellodi, & Motta, 2019; Garioli, Paula, & Enumo, 2019; Oliveira, Enumo, & Paula, 2017; Ribeiro & Enumo, 2018; Roseiro, Paula, & Macini, 2020; Vicente, Ramos, & Paula, 2019; Victório, Andrade, Silva, Machado, & Enumo, 2019). Diante de um transtorno, como ocorre no TEA, a avaliação desses aspectos contribui para subsidiar diferentes níveis de intervenções (clínico, institucional, escolar e familiar), no sentido de propiciar a redução dos estressores, por meio do uso de estratégias de enfrentamento adaptativas (Compas et al., 2001), evitando o desenvolvimento de doenças, como depressão e transtornos de ansiedade, e de dificuldades advindas de um estresse excessivo (Harman & Smith-Bonahue, 2017; Portes & Vieira, 2020).

O estudo poderá, ainda, auxiliar a criança e o adolescente a ter um maior conhecimento de si e das possíveis implicações dos estressores nas suas relações com o "mundo" e no seu desenvolvimento posterior. À medida que pessoas com TEA são capazes de perceber seus estressores e de desenvolver habilidades adequadas e eficientes de enfrentamento das situações

estressantes ou dificuldades inerentes ao transtorno, possivelmente poderão manejar melhor os níveis de estresse, prevenindo novas dificuldades e ampliando os recursos pessoais para os desafios em outras fases do ciclo vital, como na adultez e velhice.

Diante das lacunas encontradas é possível apontar questões de investigação de relevância científica e social: *Quais são os principais estressores de crianças e adolescentes com TEA, de acordo com a percepção de seus pais ou responsáveis? Ainda perspectiva dos pais, quais as principais estratégias de enfrentamento (coping) adotadas nessa condição? Tais estratégias se configuram como adaptativas ou não adaptativas ao lidar com os diferentes desafios e adversidades do transtorno?* Apesar da escassez de estudos sobre o tema, fato que limita a comparação de hipóteses, considera-se que no manejo de estressores relacionados ao transtorno, nos diferentes ambientes como o familiar, escolar e social, levantam-se as hipóteses de que, na perspectiva dos pais, crianças e adolescentes se utilizam predominantemente de estratégias mal adaptativas em relação às adaptativas, e ainda que as primeiras estão mais relacionadas às necessidades de relacionamento do que de competência ou autonomia.

1.5 Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa foi identificar e analisar estressores e estratégias de enfrentamento (*coping*) da condição de TEA de crianças e adolescentes, na percepção de seus pais, e os seguintes objetivos específicos foram definidos: (a) identificar características clínicas da amostra e suas relações com variáveis principais do estudo; (b) identificar problemas de comportamento e repertório de competências de crianças e adolescentes com TEA, na percepção dos pais.

2 Método

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de delineamento misto, com análise qualitativa e quantitativa, de caráter descritivo dos estressores relacionados às crianças e aos adolescentes com TEA, no ambiente social, familiar e escolar, de acordo com o relato dos pais ou responsáveis. Para tanto, o procedimento metodológico adotado foi o heterorrelato, que se caracteriza pela interrogação direta aos pais ou responsáveis, cujo comportamento do (a) filho (a) se deseja conhecer (Gil, 2007).

2.2 Contexto da pesquisa

A pesquisa foi divulgada por meio de um *flyer* compartilhado nas redes sociais e nos grupos de WhatsApp de amigos, instituições que trabalham com pessoas com TEA e grupos de pais de crianças e adolescentes com TEA (Apêndice B). O convite aos participantes foi realizado por meio telefônico, e-mail ou mensagens de texto pelo aplicativo WhatsApp e a coleta dos dados foi realizada por meio de aplicação dos instrumentos da pesquisa de forma remota por meio de plataforma digital, com duração de aproximadamente uma hora.

2.3 Participantes

Participaram do estudo 10 mães biológicas de crianças e adolescentes com TEA, com idade entre 8 e 12 anos (Média = 10), sendo 7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, residentes no território nacional. Para atender ao problema de pesquisa, a composição da amostra seguiu os seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser pai, mãe ou responsável de criança ou adolescente com idade entre 8 e 14 anos com o diagnóstico de TEA;

b) A criança ou adolescente deve estar matriculado em escola regular.

Os critérios de exclusão dos participantes na amostra foram os seguintes:

a) Pais ou responsáveis com dificuldades cognitivas que comprometem a compreensão das questões dos instrumentos adotados.

O fluxograma da composição do grupo de participantes está indicado na figura 1. As informações detalhadas sobre as etapas da composição do grupo estão descritas na subseção Procedimentos.

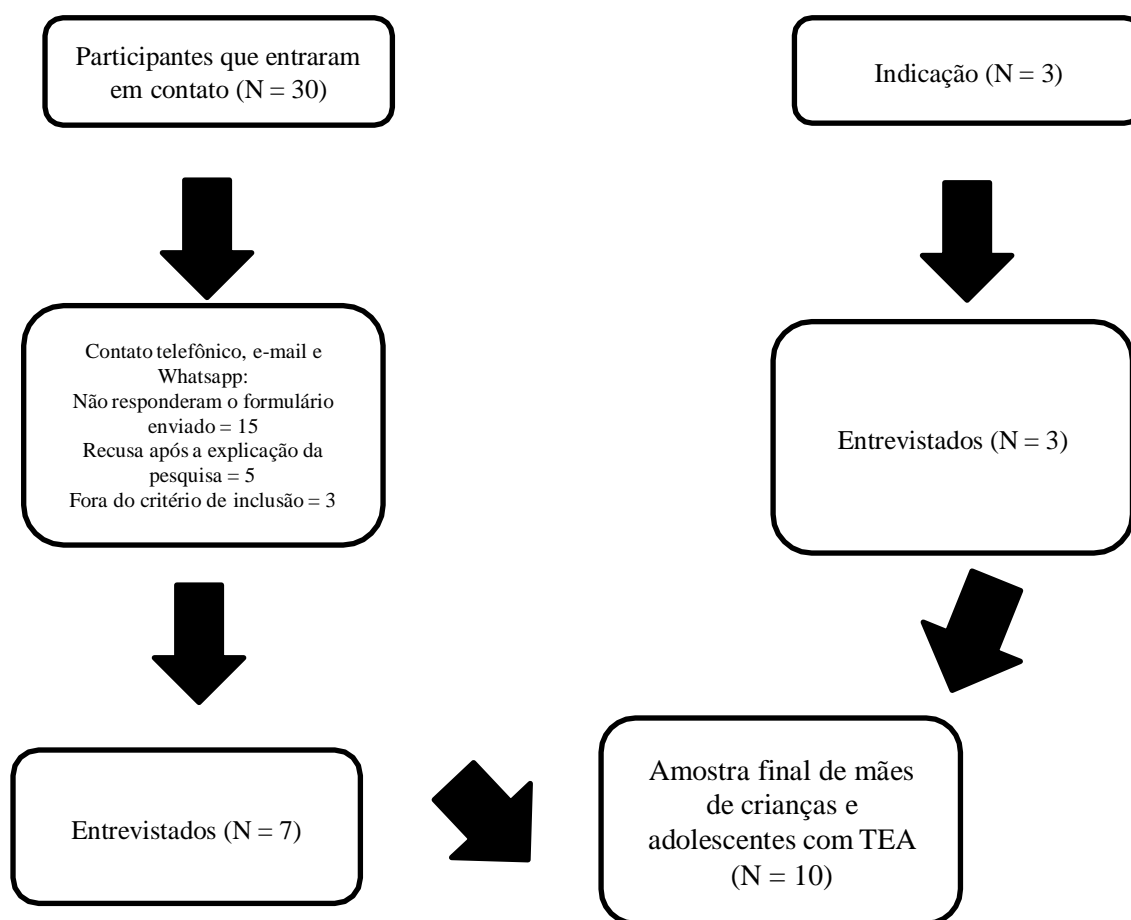


Figura 1. *Composição da amostra das mães de crianças e adolescentes com TEA*

A amostra de crianças e adolescentes foi composta por 10 participantes, conforme o fluxograma apontado na figura 2.

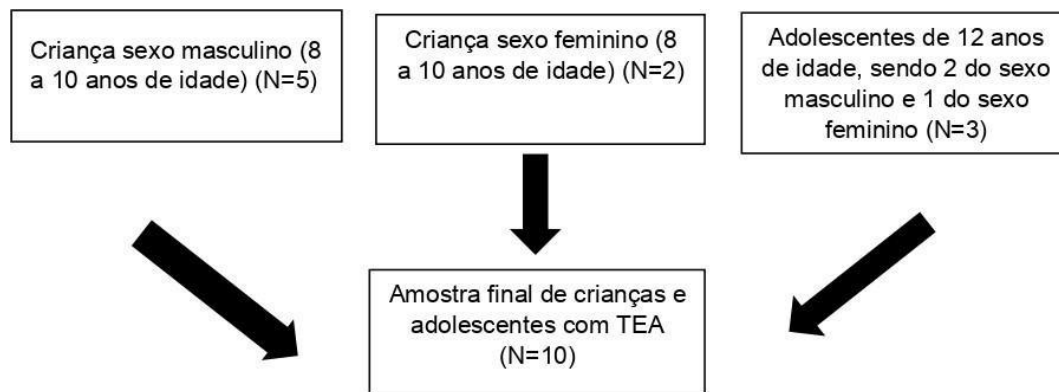


Figura 2. *Composição da amostra das crianças e adolescentes com TEA.*

2.4 Instrumentos

A seguir serão apresentados os instrumentos utilizados na pesquisa: 1) Formulário de caracterização da amostra: questionário criado pela pesquisadora com o intuito de descrever a situação familiar do participante, assim como sua rotina e atividades extraclasse (Apêndice C); e 2) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2019): instrumento retirado do site da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, a fim de caracterizar o perfil familiar e levantar dados socioeconômicos (Apêndice D).

Já para avaliação da criança e do adolescente com TEA, foi utilizado o *Child Behavior Checklist* (CBCL), destinado à faixa etária de 6 a 18 anos (Achenbach, & Rescorla, 2001), traduzido para a língua portuguesa como Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 Anos (Bordin et al., 2013). Trata-se de um questionário destinado aos pais ou responsáveis para que forneçam respostas referentes aos indicadores comportamentais de competências nas áreas social, escolar e de realização de atividades, assim como problemas emocionais e comportamentais da criança ou adolescente, referente aos últimos seis meses (Achenbach & Rescorla, 2001). Do total de itens, 20 são destinados à avaliação das competências de atividades (número e tipo de esportes, brincadeiras, passatempos, número de organizações e/ou clubes frequentados e tarefas da vida cotidiana

realizadas pela criança ou adolescente), sociais (número de amigos, número de vezes que se encontra com estes fora da escola, qualidade das interações sociais com pares, irmãos e pais) e escolares (habilidades nas matérias escolares, de acordo com o relato dos pais, são avaliadas como melhor, igual, pior ou abaixo da média exigida pela escola). A competência total é avaliada pela soma das pontuações obtidas nestas três escalas de competência. (Achenbach & Rescorla, 2001). Alguns exemplos de questões contidas nessas escalas: “Comparando com outros da mesma idade, de que forma seu filho brinca ou trabalha sozinho?”; “Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares?” (Bordin et al.,2013). A maioria dos itens exige que os pais comparem o comportamento do filho com outras crianças ou adolescentes da mesma idade identificando-as como “abaixo da média”, “acima da média” ou “dentro da média” (Achenbach, 1991).

Os problemas de comportamento abrangem 112 perguntas agrupadas nas escalas de síndromes; escalas orientadas pelo DSM; escalas de pontuação e 12 itens críticos (Achenbach & Rescorla, 2001). Os itens do questionário listam uma série de problemas de comportamento e, para cada um deles, o respondente deve marcar a frequência com que ocorrem. Atribui-se a cada item/problema ‘0’, quando não é verdadeiro; ‘1’, se é um pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro; e ‘2’, se é muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro (Achenbach, & Rescorla, 2001; Santos & Silveiras, 2006).

As escalas de síndromes são: 1) Ansiedade/Depressão (choro, medo, sentimento de inutilidade, entre outros, como por exemplo: ter medo da escola); 2) Isolamento/Depressão (Timidez, preferência por estar sozinho(a), falta de energia, entre outros, como por exemplo: preferir estar sozinho(a) do que ficar em companhia de outros); 3) Queixas Somáticas (Pesadelos, constipação, tontura, entre outros, tipo: sentir-se cansado(a) demais sem motivo); 4) Problemas Sociais (Dependência, solidão, ciúmes, entre outros, como por exemplo: reclamar de solidão); 5) Problemas de Pensamento (Obsessões, machucar-se de propósito, escutar sons

ou vozes que não existem, entre outros, como por exemplo: dormir menos que a maioria das crianças ou adolescentes); 6) Problemas de Atenção (Comporta-se de maneira muito infantil para a idade, não terminar as coisas que começa, não conseguir se concentrar, entre outros); 7) Problemas de Violação de Regras (Tomar bebida alcoólica sem a permissão dos pais, não se sentir culpado(a) depois de se comportar mal, desrespeitar as regras em casa, na escola ou em outros lugares, entre outros); 8) Comportamento Agressivo (discutir muito, atacar fisicamente as pessoas, ser desobediente, entre outros). A soma das pontuações dessas escalas dá origem à escala total de problemas de comportamento (Achenbach, 1991; Massola & Silvaes, 2005; Silvaes, Meyer, Santos & Gerencer, 2006).

A escala total de problemas de comportamento é constituída, ainda, pela escala de problemas de comportamento internalizante, composta por um conjunto de problemas de comportamento considerados pelos entrevistados, como ansiedade, depressão, isolamento e queixas somáticas e escala de problemas de comportamento externalizante, referente aos problemas de comportamento considerados pelos entrevistados, como violação de regras e comportamento agressivo. Em todas as escalas do instrumento, o participante é classificado como clínico, limítrofe ou não-clínico, conforme o relato dos pais (Achenbach, 1991). Há ainda as escalas orientadas pelo DSM (problemas depressivos; problemas de ansiedade; problemas somáticos; problemas de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); problemas desafiadores opositivos (TOD); problemas de conduta); as escalas de pontuação (ritmo cognitivo lento; problemas obsessivos compulsivos; problemas de estresse) e 12 itens críticos como fazer cocô na calça ou fora do vaso sanitário; ser cruel com animais; machucar-se de propósito ou tentar se matar, entre outros (Bordin et al., 2013). Altas pontuações em escalas específicas orientadas pelo DSM sugerem problemas em áreas específicas e identificam crianças ou adolescentes que merecem avaliação de saúde mental adicional para confirmar a necessidade de assistência psiquiátrica e/ou psicológica (Bordin et al., 2013).

Além do CBCL, também foi utilizado o “Questionário de estressores para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, na percepção dos pais ou responsáveis”, instrumento criado pela pesquisadora composto de 12 itens, e elaborado com base nos estudos encontrados na revisão bibliográfica e na descrição do transtorno feita pelo DSM-5 (2014), no qual os pais ou responsáveis do participante da pesquisa indicaram o quanto os filhos ficam estressados diante das situações propostas, por meio de uma escala *Likert* com as gradações: nunca, às vezes, quase sempre e sempre. O instrumento buscou avaliar a intensidade dos principais estressores, apresentados por essa amostra, conforme a percepção dos pais ou responsáveis.

As perguntas de números 1 a 3 designam déficits na reciprocidade socioemocional, as perguntas de números 4 e 5 indicam dificuldades para desenvolver e manter relacionamentos, a pergunta de número 6 representa insistência nas mesmas coisas, adesão excessiva a rotinas ou esquivar a mudanças, a pergunta de número 7 estabelece interesses restritos ou foco de intensidade anormal, as perguntas de números 8 a 10 constituem hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais, a pergunta de número 11 avalia o *coping* e a pergunta 12 indica a influência da pandemia por Covid-19 na intensidade dos estressores (Apêndice E).

Para avaliar o enfrentamento foi utilizado o Instrumento de avaliação das estratégias de *coping* da criança e do adolescente com TEA (IC-TEA), adaptado de Campos (2020) para este estudo, versão pais ou responsáveis. As adaptações para este estudo tiveram por objetivo verificar as percepções dos pais ou responsáveis sobre os principais estressores e estratégias de enfrentamento relacionados ao transtorno do filho ou filha, adequando assim as situações propostas às perguntas de investigação. Com base nos indicadores diagnósticos (DSM-5, 2014) foram elaboradas 4 situações potencialmente estressoras, seguidas de questões semiestruturadas sobre *coping* e reações emocionais. A primeira situação buscou avaliar o *coping* em relação à interação social; a segunda situação buscou indicar o *coping* em relação à mudança de rotina; a terceira situação buscou estimar o *coping* ao lidar com vários comandos

ao mesmo tempo e a quarta situação buscou analisar o *coping* diante de estímulos sensoriais aversivos. As situações foram apresentadas individualmente aos participantes que foram solicitados a dizer sobre o que trata a situação. Em seguida, um conjunto de perguntas foi respondido para cada uma das 4 condições com respostas de sim/não e em escala tipo *Likert*: “*Isso acontece com seu filho ou filha?*” Caso a resposta fosse afirmativa, “*Quantas vezes acontece?*”, seguida de respostas de gradação: “quase não acontece”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”. Tais respostas foram preenchidas visualmente com a marcação de um x. Logo após, o participante foi solicitado a responder “*Indique como você acha que seu filho ou filha se sente nessa situação*”, com as opções de resposta: neutro, triste, com medo, com raiva, e, por fim, uma pergunta aberta “*O que seu filho ou filha costuma fazer nessa situação?*” (Apêndice F).

2.5 Procedimento de coleta de dados

Para o alcance dos objetivos da pesquisa foram realizadas as etapas descritas, a seguir.

Etapas 1- Com a aprovação pela Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) para aprovação da realização da pesquisa. Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN/UFES, [parecer número 4.667.282]) (Apêndice G), foram iniciados os procedimentos de divulgação da pesquisa por meio de redes sociais, contato com instituições que atendem crianças e adolescentes com TEA, contato com grupo de pais de crianças e adolescentes com TEA, contato com escolas de ensino regular e divulgação através dos grupos de Whatsapp, a fim de angariar participantes para a pesquisa.

Etapas 2- Contato com os possíveis participantes da pesquisa, através do envio de formulário eletrônico, por e-mail ou WhatsApp, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice H), o Formulário de caracterização da amostra e o Critério de

Classificação Econômica Brasil (CCEB). Por meio do contato telefônico, e-mail e Whatsapp foram recrutados 33 mães, sendo que 15 mães não responderam o formulário, 5 mães disseram que não tinham interesse em participar, 3 mães não estavam dentro do critério de inclusão, sendo 1 porque o filho não tinha o diagnóstico fechado e 2 porque os filhos não estavam dentro da faixa etária da pesquisa. Assim, participaram da pesquisa 10 mães, sendo 3 por indicação de amigos e 7 através da divulgação realizada.

Etapa 3- O participante precisou concordar com o TCLE e sinalizar a opção de continuar na pesquisa de livre e espontânea vontade. Somente após aceitar participar é que preencheu o Formulário de caracterização da amostra e o CCEB, assim como marcou um horário com a pesquisadora para a aplicação dos demais instrumentos por meio de um encontro por meio de uma plataforma online. Uma cópia assinada do TCLE foi enviada para o e-mail do participante.

Etapa 4- Aplicação dos instrumentos da pesquisa. Esta etapa constituiu a coleta dos dados, a partir da aplicação dos instrumentos para a avaliação de problemas comportamentais, competência total, estressores e estratégias de *coping*, junto às mães de crianças e adolescentes com TEA. Tais instrumentos foram respondidos na seguinte ordem: CBCL; Questionário de estressores para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, na percepção dos pais ou responsáveis; Instrumento de avaliação das estratégias de *coping* da criança e adolescente com TEA (IC-TEA), versão pais ou responsáveis. A coleta de dados foi realizada no período entre maio e junho de 2021 e a aplicação dos instrumentos da pesquisa durava, em média, 1 hora. Os dados foram registrados pela pesquisadora na folha de respostas e as perguntas abertas foram transcritas de acordo com a fala exata dos participantes.

2.6 Processamento e análise de dados

Realizou-se uma análise descritiva, qualitativa e quantitativa dos dados coletados, por

meio dos instrumentos aplicados, da análise funcional dos estressores e do *coping* e dos escores obtidos a partir do CCEB e CBCL. A análise funcional dos estressores e do *coping* consiste em coletar e analisar informações em relação aos antecedentes e consequências contingentes a ocorrência de um comportamento. Ao entrar em contato com a situação estressora, a criança ou adolescente da amostra emite um comportamento de enfrentamento (*coping*). Esse comportamento é considerado como uma estratégia de enfrentamento ao estressor e pode ser uma estratégia adaptativa ou mal adaptativa (Skinner, 2003).

A avaliação do CBCL foi feita de acordo com as normas do instrumento e por meio do *software Assessment Data Manager (ADM)*, que permite a análise computadorizada, gerando análise estatística descritiva, com cálculo de frequência, proporção, média e desvio padrão. A análise descritiva também foi aplicada aos dados sociodemográficos e clínicos, para fins de caracterização da amostra.

O instrumento “Questionário de estressores para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, na percepção dos pais ou responsáveis” foi avaliado de maneira quantitativa, com tratamento estatístico descritivo e de maneira qualitativa mediante as perguntas de números 11 e 12, buscando descrever os principais estressores da amostra e a intensidade em que ocorrem, conforme a percepção dos pais ou responsáveis. O Instrumento de avaliação das estratégias de coping da criança e adolescente com TEA (IC-TEA), também foi avaliado de maneira qualitativa, classificando as estratégias de enfrentamento em macrocategorias de coping, conforme as 12 famílias propostas pela Teoria Motivacional do *Coping* (TMC).

2.7 Avaliação ética dos riscos e benefícios

Esta pesquisa seguiu os padrões da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 510/16, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo,

os participantes da pesquisa foram informados acerca dos procedimentos, detalhes da pesquisa e possíveis riscos envolvidos, com a sinalização da concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice H). A pesquisadora se responsabilizou em eliminar quaisquer dúvidas que pudessem ocorrer antes, durante e depois de todo o processo, sinalizando o direito do participante de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, se desejasse, sem constrangimento ou prejuízo, garantindo o sigilo e a confiabilidade de sua identidade e de seus dados pessoais.

Quando o participante sentiu algum cansaço ou desconforto ao responder os instrumentos propostos, foi possível fazer uma pausa ou reagendamento da aplicação. A participação na pesquisa foi voluntária e não houve pagamento para autorizar e nem para participar, assim como não houve despesa decorrente diretamente pela participação.

Os riscos desta pesquisa foram considerados mínimos, pois não houve nenhum procedimento invasivo que veio a representar dano à saúde física ou integridade moral do participante. Quanto aos benefícios da pesquisa, este estudo contribuiu com informações importantes acerca dos estressores em crianças e adolescentes com TEA, buscando demonstrar estratégias de enfrentamento adaptativas e mal adaptativas, favorecendo o aperfeiçoamento de intervenções profissionais com os participantes a partir de suas necessidades. Em relação aos benefícios diretos da pesquisa aos participantes, estes receberam informações da avaliação individual de seu filho ou filha coletadas por meio dos instrumentos, buscando ajudá-los (as) a lidar com as dificuldades do cotidiano de forma mais positiva.

3 Resultados

Os resultados serão descritos de forma a responder aos objetivos da pesquisa, organizados em seções que apresentarão dados do grupo de crianças e adolescentes com TEA (N = 10), de acordo com seus pais ou responsáveis. De modo mais específico, serão abordadas as características comportamentais e a competência total, os eventos estressores, bem como o *coping* de crianças e adolescentes com TEA. Esta seção será dividida em subseções que descreverão: (a) caracterização da amostra; (b) resultados das análises da competência total e de problemas comportamentais referidos por seus pais (CBCL); (c) principais estressores da amostra; (d) dados comparativos do *coping* diante de quatro estressores diferentes como “interação social”, “mudança de rotina”, “lidar com vários comandos ao mesmo tempo” e “estímulos sensoriais aversivos”, todos medidos pela IC-TEA; e (e) análises comparativas das variáveis competência total, problemas de comportamento (ansiedade/depressão, isolamento, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, problemas de violação de regras e comportamento agressivo), estressores e *coping*.

3.1 Caracterização da amostra

O convite para a participação na pesquisa era direcionado aos pais (homens e mulheres) das crianças e adolescentes com TEA, no entanto somente as mães se disponibilizaram a participar. Assim, todos os instrumentos da pesquisa foram respondidos pelas mães biológicas das crianças e adolescentes. As características sociodemográficas das mães que compuseram a amostra, bem como algumas características dos pais, podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1
Características sociodemográficas dos pais que compõem a amostra (n=10)

Características da amostra		Amostra total (N=10) f (%)	Crianças com TEA (N=7) f (%)	Adolescentes com TEA (N=3) f (%)
Estado civil dos pais	Casado	6 (60,0)	5 (71,4)	1 (33,3)
	Divorciado	4 (40,0)	2 (28,6)	2 (66,7)
Escolaridade da mãe	Ensino médio incompleto	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	Ensino médio completo	2 (20,0)	2 (28,6)	-
	Ensino superior incompleto	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	Ensino superior completo	3 (30,0)	2 (28,6)	1 (33,3)
	Especialização completa	1 (10,0)	-	1 (33,3)
	Mestrado	2 (20,0)	1 (14,3)	1 (33,3)
Profissão da mãe	Professora	2 (20,0)	-	2 (66,7)
	Assistente social	1 (10,0)	-	1 (33,3)
	Dona de casa	2 (20,0)	2 (28,6)	-
	Psicóloga	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	Zeladora	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	Empregada doméstica	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	Técnica de operação	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	Secretária	1 (10,0)	1 (14,3)	-
Profissão do pai	Médico	1 (10,0)	-	1 (33,3)
	Comerciante	1 (10,0)	-	1 (33,3)
	Caixa de uma empresa pública	1 (10,0)	-	1 (33,3)
	Profissional de educação física	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	Servidor público	1 (10,0)	1 (14,3)	-

	Motorista	2 (20,0)	2 (28,6)	
	Serralheiro e mecânico	1 (10,0)	1 (14,3)	
	Técnico de automação	1 (10,0)	1 (14,3)	
	Transportador escolar	1 (10,0)	1 (14,3)	
Religião da mãe	Católica	5 (50,0)	4 (57,1)	1 (33,3)
	Evangélica	2 (20,0)	2 (28,6)	-
	Luterana	2 (20,0)	1 (14,3)	1 (33,3)
	Cristã sem religião definida	1 (14,3)	-	1 (33,3)

Percebe-se que as mães das crianças e adolescentes com TEA apresentam escolaridade variável desde o ensino médio incompleto até o nível de mestrado, sendo que o ensino superior completo concentrou uma proporção maior de participantes (30%). Em relação ao estado civil, a maioria casadas (60%). As profissões que se destacam são a de professora (20%) e dona de casa (20%). A religião predominante é a católica, com adesão de metade das participantes.

A análise dos escores obtidos a partir do CCEB (2019) permitiu concluir que nenhuma participante possui motocicleta, 40% das participantes não possui carro de passeio e 50% possui 1 carro de passeio. Em relação aos eletrodomésticos, 100% da amostra possui 1 máquina de lavar roupas e 100% não possui máquina de secar roupas e 90% não possui máquina de lavar louças. Todas as participantes possuem 1 geladeira, sendo que 30% também possuem 1 freezer. O forno de micro-ondas está presente no lar de 80% das participantes, em quantidade unitária. Quanto ao computador, 40% possui 1 e 30% possui 2. Todas as residências possuem água da rede geral de distribuição e 60% têm 1 banheiro e 30% têm 2 banheiros. A maioria das participantes (90%) moram em ruas asfaltadas/pavimentadas, conforme indicado na Tabela 2.

Tabela 2
Análise do CCEB (n=10)

Automóveis	Não possui - 40% Possui 1 - 50% Possui 2 - 10%
Motocicletas	Não possui - 100%
Máquina de lavar roupa	Possui 1 - 100%
Máquina secadora de roupas	Não possui - 100%
Lavadora de louças	Não possui - 90% Possui 1 - 10%
Geladeira	Possui 1 - 100%
Freezer	Não possui - 70% Possui 1 - 30%
Micro-ondas	Não possui - 20% Possui 1 - 80%
Computador	Não possui - 10% Possui 1 - 40% Possui 2 - 30% Possui 3 - 20%
Banheiros	Possui 1 - 60% Possui 2 - 30% Possui 3 - 10%
Água proveniente da rede geral de distribuição	100%
Trecho da rua	Asfaltada/Pavimentada - 90% Terra/Cascalho - 10%

Os níveis econômicos foram divididos em 6 categorias (A, B1, B2, C1, C2, D-E), sendo a renda média familiar da classe A de R\$ 25.554,33; classe B1 de R\$ 11.279,14; classe B2 de R\$ 5.641,64; classe C1 de R\$ 3.085,48; classe C2 de R\$ 1.748,59 e classe D-E de R\$ 719,81 (CCEB, 2019). A maioria das participantes encontra-se na classe B2 (40%), sendo que as classes C1 e C2 são atribuídas a 20% das participantes cada e as classes A e B1 são compostas por 10% das participantes cada.

Já a caracterização das crianças e adolescentes com TEA, filhos das mães que compuseram a amostra pode ser vista na Tabela 3.

Tabela 3
Características sociodemográficas das crianças e adolescentes que compõem a amostra (n=10)

Características da amostra		Amostra Total (N=10) f (%)	Crianças com TEA (N=7) f (%)	Adolescentes com TEA (N=3) f (%)
Gênero	Masculino	7 (70,0)	5 (71,4)	2 (66,7)
	Feminino	3 (30,0)	2 (28,6)	1 (33,3)
Idade	8 a 11 anos	7 (70,0)	-	-
	12 anos	3 (30,0)	-	-
Escolaridade	2º ano	2 (20,0)	2 (28,6)	-
	3º ano	3 (30,0)	3 (42,8)	-
	4º ano	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	5º ano	1 (10,0)	1 (14,3)	-
	6º ano	1 (10,0)	-	1 (33,3)
	7º ano	2 (20,0)	-	2 (66,7)
Irmãos	Sem irmãos	4 (40,0)	4 (57,1)	-
	1 a 2 irmãos	6 (60,0)	3 (42,8)	3 (100)

As crianças e adolescentes com TEA que fizeram parte deste estudo estavam distribuídos entre meninos e meninas (70% meninos), entre 8 e 12 anos de idade (70% crianças), residentes no território brasileiro, frequentadores de escola de ensino regular, entre o 2º e o 7º ano do ensino fundamental e a maioria possui 1 ou 2 irmãos (60%).

De modo a apresentar as características clínicas desse grupo, a Tabela 4 descreve o nível do TEA, a idade que a família percebeu o início das características do TEA, as comorbidades existentes, a medicação utilizada, o horário de estudo, o acompanhamento em instituição especializada no contraturno, o acompanhamento com profissionais da área da saúde, os esportes praticados, bem como o período em que permanecem com a mãe e as dificuldades relacionadas à fala e à alfabetização.

Tabela 4
Características pessoais e clínicas da amostra (n=10)

Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Idade	8	8	8	8	8	10	10	12	12	12
Gênero	M	M	M	F	F	M	M	M	M	F
Nível do TEA	1	2	NF	1	NF	NF	NF	NF	NF	1
Idade que a família percebeu o início das características do TEA	2 anos	1 ano e meio	6 anos	5 anos	2 anos e meio	1 ano e meio	2 anos e 9 meses	2 anos e 8 meses	1 ano e 4 meses	5 anos
Comorbidade	TDAH	Hiperatividade	Não	Não	Não	Esquizofrenia	Não	Não	Não	Não
Medicação utilizada	Aripripazol e Ritalina	Risperidona, Neuleptil e Canabidiol	Nenhuma	Ritalina	Canabidiol	Risperidona, Sertralina e Depakene	Ácido Volpróico, Risperidona e Fluoxetina	Risperidona, Imipramina e Neozine	Risperidona e Ritalina	Sertralina
Horário de estudo (integral ou parcial)	Parcial	Parcial	Parcial 1	Integral	Parcial	Integral	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial 1
Acompanhamento em instituição no contraturno	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Acompanhamento com equipe multidisciplinar	PEF	Fono	Não	Psi e fono	Psi, TO e PEF	Psi	Psi e TO	Fisio, PEF, psi, fono, TO e psicopedagoga	PEF, psi, fono, TO e psicopedagoga	Psi

Esportes praticados	Natação	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Circuito	Bicicleta	Natação	Não	Não	Não
Período em que permanece com a mãe	2 horas por dia	Noturno	2 horas por dia e período integral nas folgas	Dias alternados	Integral	Integral	Integral	Manhãs e noites	Manhãs e noites	Tardes e noites
Dificuldades relacionadas à fala e à alfabetização	Não	Dificuldade de severa na comunicação; não é alfabetizado	Não	Trocas na fala e dificuldade de aprendizagem	Dificuldade de severa na comunicação; não é alfabetizado	Não	Não é alfabetizado	Dificuldade de severa na comunicação; não é alfabetizado	Não é alfabetizado e apresenta problemas na fala	Atraso na fala

Nota: M=masculino; F=feminino; NF=não definido; PEF=profissional de educação física; Psi=Psicólogo; Fono=fonoaudiólogo; TO=terapeuta ocupacional; Fiso=fisioterapeuta

O nível de gravidade do TEA variou entre 1 (n=3) e 2 (n=1), sendo que não houve definição do nível para 6 participantes (APA, 2014). A maioria das mães percebeu as características do TEA em seus filhos por volta dos 2 anos de idade (70%). Apenas 30% dos filhos foram diagnosticados com comorbidades, variadas entre TDAH, TDAH do tipo hiperativo e esquizofrenia. A maioria utilizava pelo menos um tipo de medicação (90%) e 80% estudam em horário parcial, sendo que 60% fazem acompanhamento em alguma instituição no contraturno.

O acompanhamento com profissionais da área da saúde (psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicopedagogo, nutricionista, fisioterapeuta e profissional de educação física) é feito por 90% das crianças e adolescentes, mas apenas 40% pratica algum tipo de esporte. As mães buscam passar pelo menos 2 horas por dia com os filhos, estendendo esse tempo mediante as folgas no trabalho. Em relação à fala e à alfabetização, metade dos participantes não é alfabetizado e apresenta problemas na comunicação, 10% apresentam atraso na fala, 10% apresentam trocas na fala e dificuldade de aprendizagem e 30% não apresentam problemas dessa natureza.

3.2 Competência total e problemas de comportamento de acordo com o CBCL

A competência social e os problemas comportamentais das crianças e dos adolescentes com TEA foram avaliados por meio do relato das mães no CBCL. A Tabela 5 descreve os participantes nas faixas não-clínicas e clínicas na Escala de Atividades, Escala Social, Escala Escolar e Escala de Competência Total. A faixa limítrofe está incluída na faixa clínica, conforme orientação do manual do CBCL (Achenbach, & Rescorla, 2001).

Tabela 5
Faixas das Escalas das Competências (CBCL) (n=10)

	Faixa Não-Clínica – <i>f</i> (%)	Faixa Clínica – <i>f</i> (%)
Atividades	5 (50,00) – P4, P5, P6, P7, P10	5 (50,00) – P1, P2, P3, P8, P9
Social	1 (10,00) – P3	9 (90,00) - P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10
Escolar	5 (50,00) – P2, P4, P5, P7, P9	5 (50,00) – P1, P3, P6, P8, P10
Competência Total	–	10 (100)

Em relação à prática de esportes, outras atividades e tarefas, 50% participantes encontram-se na faixa não-clínica. O mesmo percentual é demonstrado para a escala de competência escolar. Contudo, a escala de competência social apresenta apenas 1 participante na faixa não clínica e a escala de competência total aponta todos os participantes na faixa clínica, indicando déficits nestes aspectos.

A Tabela 6 demonstra as médias do escore T relativo à competência total, referidos pelas mães das crianças e dos adolescentes com TEA. Na percepção das mães, os filhos apresentaram perfil não-clínico nas competências escolares, perfil limítrofe na competência das atividades e perfil clínico nas competências sociais e nas competências totais.

Tabela 6
Média de competências de crianças e adolescentes com TEA, referidas por suas mães (CBCL) (n=10)

CBCL (6-18)	Escore T Média (DP)
Atividades	34,60 (7,90)
Sociais	29,60 (9,40)
Escolares	35,50 (10,19)
Totais	26,50 (5,15)

Nota. Faixa clínica para competência total = escore T menor que 37; escore limítrofe entre 37 e 40. Faixa clínica para competência em atividades, competência social e competência escolar = escore T clínico menor que 31; escore limítrofe entre 31 e 35. O limítrofe deve ser considerado clínico.

Quando solicitadas a responder sobre a presença de problemas comportamentais, as mães das crianças e dos adolescentes com TEA também referiram níveis não-clínicos na escala

de Problemas de Violação de Regras , conforme demonstrado na Tabela 7.

Tabela 7
Faixas das Escalas de Síndromes (CBCL) (n=10)

	Faixa Não- Clínica <i>f(%)</i>	Faixa Clínica <i>f(%)</i>
Ansiedade/Depressão	9 (90,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9	1 (10,00) - P10
Isolamento/Depressão	6 (60,00) – P1, P4, P5, P7, P9, P10	4 (40,00) - P2, P3, P6, P8
Queixas Somáticas	8 (80,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9	2 (20,00) - P8, P10
Problemas Sociais	4 (40,00) – P3, P4, P5, P9	6 (60,00) - P1, P2, P6, P7, P8, P10
Problemas de Pensamento	7 (70,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P7, P9	3 (30,00) – P6, P8, P10
Problemas de Atenção	2 (20,00) – P1, P3	8 (80,00) - P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10
Violação de Regras	10 (100)	-
Comportamento Agressivo	8 (80,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P8, P9, P10	2 (20,00) – P6, P7

Quanto aos problemas comportamentais, as mães referiram nível não-clínico na escala de Problemas de Violação de Regras (100%), contudo a maioria dos participantes indicou problemas de atenção (80%) e problemas sociais (60%) na faixa clínica.

A Tabela 8, por sua vez, indica as faixas não-clínicas e clínicas relacionadas aos problemas totais (problemas internalizantes + problemas externalizantes).

Tabela 8
Faixas dos Problemas (CBCL) (n=10)

	Faixa Não-Clínica <i>f(%)</i>	Faixa Clínica – <i>f(%)</i>
Problemas Internalizantes	5 (50,00) – P2, P4, P5, P7, P9	5 (50,00) - P1, P3, P6, P8, P10
Problemas Externalizantes	7 (70,00) – P2, P3, P4, P5, P8, P9, P10	3 (30,00) - P1, P6, P7
Problemas Totais	4 (40,00) – P3, P4, P5, P9	6 (60,00) - P1, P2, P6, P7, P8, P10

A pontuação da escala de Problemas Externalizantes encontra-se na faixa não-clínica para a maioria dos participantes e metade da amostra também encontra-se na faixa não-clínica para Problemas Internalizantes. No entanto, a maioria da amostra (60%) revela pontuação compatível com a faixa clínica para Problemas Totais. A Tabela 9 indica a média dos problemas de comportamento, conforme avaliado pelo CBCL.

Tabela 9
Média de problemas comportamentais de crianças e adolescentes com TEA, referidos por suas mães, no CBCL (n=10)

Problemas Comportamentais	Score T Média (DP)
Problemas Internalizantes (PI)	58,40 (10,73)
Problemas Externalizantes (PE)	54,10 (10,62)
Problemas Totais (PT)	61,40 (7,72)
Escala de Síndromes Comportamentais	
Ansiedade / Depressão	55,90 (6,69)
Isolamento / Depressão	62,30 (8,98)
Queixas Somáticas	63,90 (9,09)
Problemas Sociais	65,40 (8,21)
Problemas de Pensamento	59,30 (10,75)
Problemas de Atenção	68,80 (10,67)
Problemas de Violação de Regras	52,50 (4,22)
Comportamento Agressivo	58,60 (8,87)

Nota. Faixa clínica para PT, PI e PE = escore T maior que 63; escore limítrofe entre 60 e 63. Faixa clínica para escalas de síndromes comportamentais = escore T maior que 69; escore limítrofe entre 65 e 69. O limítrofe deve ser considerado clínico.

Percebe-se que a média dos problemas totais se encontra na faixa limítrofe-clínica,

assim como as escalas síndromes para problemas sociais e problemas de atenção.

Os resultados para as escalas orientadas pelo DSM, podem ser vistos na Tabela 10.

Tabela 10

Faixas das Escalas Orientadas pelo DSM (CBCL) (n=10)

	Faixa Não-Clínica – <i>f</i> (%)	Faixa Clínica - <i>f</i> (%)
Problemas Depressivos	4 (40,00) – P4, P5, P7, P9	6 (60,00) - P1, P2, P3, P6, P8, P10
Problemas de Ansiedade	6 (60,00) – P2, P4, P5, P7, P8, P9	4 (40,00) - P1, P3, P6, P10
Problemas Somáticos	8 (80,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9	2 (20,00) – P8, P10
TDAH	7 (70,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P8, P9	3 (30,00) - P6, P7, P10
TOD	10 (100)	-
Problemas de Conduta	9 (90,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10	1 (10,00) – P6

Quanto às escalas orientadas pelo DSM, todos os participantes encontram-se na faixa não-clínica para problemas desafiadores opositivos (TOD) e a grande maioria (90%) não apresenta problemas de conduta. Porém, 60% da amostra apresenta problemas depressivos dentro da faixa clínica. A Tabela 11 denota a média das pontuações das escalas orientadas pelo DSM.

Tabela 11

Média de problemas das escalas orientadas pelo DSM de crianças e adolescentes com TEA, referidos por suas mães (CBCL) (n=10)

Escalas Orientadas pelo DSM	Score T Média (DP)
Problemas Depressivos	66,70 (6,67)
Problemas de Ansiedade	57,60 (7,95)
Problemas Somáticos	48,90 (8,54)
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	60,70 (5,96)
Problemas Desafiadores Opositivos (TOD)	55,10 (5,32)
Problemas de Conduta	55,50 (8,48)

Nota. Faixa clínica para escalas orientadas pelo DSM = Score T maior que 63; escore limítrofe entre 60 e 63. O limítrofe deve ser considerado clínico.

A Tabela 12 refere-se às faixas não-clínicas e clínicas das escalas de pontuação.

Tabela 12
Faixas das Escalas de Pontuação (CBCL) (n=10)

	Faixa Não-Clínica - <i>f(%)</i>	Faixa Clínica - <i>f(%)</i>
Ritmo Cognitivo Lento	4 (40,00) – P1, P3, P4, P9	6 (60,00) – P2, P5, P6, P7, P8, P10
Problemas Obsessivos Compulsivos	9 (90,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10	1 (10,00) - P6
Problemas de Estresse	8 (80,00) – P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9	2 (20,00) – P6, P10

De acordo com os resultados obtidos nas faixas de escalas de pontuação (CBCL), 90% dos participantes não apresentam Problemas Obsessivos Compulsivos e 80% não apresenta Problemas de Estresse. Entretanto, 60% da amostra aponta Ritmo Cognitivo Lento. A Tabela 13 refere-se à média das escalas de pontuação.

Tabela 13
Média de problemas das escalas de pontuação de crianças e adolescentes com TEA, referidos por suas mães (CBCL) (n=10)

Problemas comportamentais	Escore T - Média (DP)
Ritmo Cognitivo Lento	65,40 (7,18)
Problemas Obsessivos Compulsivos	54,10 (8,05)
Problemas de Estresse	59,60 (7,17)

Nota. Faixa clínica para escalas de pontuação = Escore T maior que 63; Escore limítrofe entre 60 e 63. O limítrofe deve ser considerado clínico.

É muito importante observar os itens críticos, pois tratam-se de comportamentos que necessitam de acompanhamento profissional especializado, conforme ressaltados na Tabela 14.

Tabela 14

Itens críticos de crianças e adolescentes com TEA, referidos por suas mães (CBCL) (n=10)

Itens críticos	Percentual e Intensidade: (1) = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira; (2) = muito verdadeira ou frequentemente verdadeira
6 – Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário.	10% (1); 30% (2)
18 – Machuca-se de propósito ou já tentou se matar.	10% (1); 40% (2)
40 – Escuta sons ou vozes que não existem.	10% (2)
57 – Ataca fisicamente as pessoas.	30% (1); 10% (2)
59 – Mexe nas partes íntimas em público.	10% (1); 10% (2)
67 – Foge de casa.	20% (2)
70 – Vê coisas que não existem.	10% (2)
91 – Fala que vai se matar.	10% (1)
107 – Faz xixi na calça durante o dia.	20% (1)

Nota-se que 50% dos participantes machuca-se de propósito ou já tentou se matar, sendo que a maioria (40%) apresenta esses comportamentos frequentemente. Fazer cocô na calça ou fora do vaso sanitário também é um comportamento frequente para 30% da amostra e atacar fisicamente as pessoas ocorre algumas vezes com 30% dos participantes.

No CBCL existe um conjunto de questões discursivas, sendo uma delas “Qual é sua maior preocupação em relação a seu filho(a)?”. As respostas representam, em sua maioria, preocupação com a aquisição da autonomia e da independência, problemas relacionados à exclusão de grupos sociais e dificuldades do processo de alfabetização. As mães também destacaram, no contexto dessas questões discursivas, as principais qualidades e pontos positivos dos filhos como criatividade, carinho, amorosidade, calma, facilidade de aprendizado,

rapidez de aprendizagem, obediência, altruísmo, inteligência, independência, alegria, afetuosidade, tranquilidade, organização, sociabilidade, previsibilidade e companheirismo.

Alguns recursos importantes para ajudar a lidar com os estressores que podem estar presentes no cotidiano das crianças e adolescentes com TEA, foram apontados pelas mães, como acompanhamento com equipe multidisciplinar, tais como fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, entre outros. Também houve citação da Análise do Comportamento Aplicada (ABA)¹, com a utilização de PEC's² (Picturing Exchanging Communication System - sistema de comunicação por figuras) para facilitar a comunicação (n=5) e o desenvolvimento da fala, além do recurso da equoterapia, que é terapia realizada com o auxílio de cavalos (n=2).

3.3 Principais estressores da amostra

As mães referiram os estressores mais comuns para os seus filhos, e a intensidade no qual ocorrem, por meio do Questionário de estressores para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA. A Tabela 15 descreve os estressores que foram referidos, em ordem decrescente.

¹ A terapia ABA busca ensinar habilidades que a pessoa com TEA não possui, ministrado por etapas. É dada muita importância à recompensa ou reforço de comportamentos desejados e adequados, ignorando, minimizando e desencorajando comportamentos inadequados, redirecionando o indivíduo para outras atitudes (Callahan et al., 2010).

² Método que busca ajudar a pessoa com TEA a perceber que, por intermédio da comunicação por figuras, poderá obter as coisas de que necessita com mais rapidez. Trata-se de um auxílio no desenvolvimento da comunicação entre o profissional e o indivíduo, visando implementar um “caminho” de comunicação entre a pessoa com TEA e o meio que a cerca (Gordon et al., 2011).

Tabela 15
Principais estressores para a amostra (n=10)

Itens do Questionário referentes aos estressores referidos pelas mães	Ocorrência do estressor (%)	Intensidade do estressor f(%)			
		Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Receber um comando para fazer uma tarefa após a outra	09 (90)	01 (10)	03 (30)	-	06 (60)
Ficar em um ambiente com muito barulho	09 (90)	01 (10)	02 (20)	03 (30)	04 (40)
Mudança de rotina ou desempenho de novos comportamentos	08 (80)	02 (20)	01 (10)	-	07 (70)
Escovar os dentes	06 (60)	04 (40)	02 (20)	01 (10)	03 (30)
Participar de brincadeiras imaginativas com outras pessoas	05 (50)	05 (50)	02 (20)	01 (10)	02 (20)
Apresentar-se para alguém desconhecido	04 (40)	06 (60)	01 (10)	01 (10)	02 (20)
Fazer novos amigos	04 (40)	06 (60)	02 (20)	02 (20)	-
Tomar banho	04 (40)	06 (60)	01 (10)	01 (10)	02 (20)
Compartilhar com os amigos, interesses, sentimentos e pensamentos	03 (30)	07 (70)	-	02 (20)	01 (10)
Ouvir os interesses das outras pessoas ou <u>como elas se sentem</u>	03 (30)	07 (70)	-	02 (20)	01 (10)

Alguns estressores se destacaram por terem sido referidos por 90% dos participantes, a saber: receber um comando para fazer uma tarefa após a outra; e ficar em um ambiente com muito barulho. Com a informação sobre a intensidade dos estressores, foi possível identificar aqueles que sempre estão presentes no dia a dia dos participantes, os que quase sempre estão presentes, os que às vezes estão presentes e os que nunca estão presentes. Verificou-se que 70%

das mães consideraram que a mudança de rotina ou desempenho de novos comportamentos é sempre um estressor, seguido do estressor “receber um comando para fazer uma tarefa após a outra”, apontado por 60% das mães como sempre estressor. Em contrapartida, 70% das mães não consideraram dois estressores: “compartilhar com os amigos, interesses, sentimentos e pensamentos” e “ouvir os interesses das outras pessoas ou como elas se sentem”. A Tabela 16 indica os estressores e o *coping* mais apontados pelas mães durante a pandemia por Covid-19.

Tabela 16

Estressores mais apontados pelas mães durante a pandemia e estratégias de enfrentamento (n=10)

	Estressor intensificado pela pandemia	Estratégia de enfrentamento (<i>coping</i>)
P1	Mudança de rotina (aulas online)	“Chora e grita.”
P2	Mudança de rotina	“Fica um pouco nervoso de ficar em um ambiente pequeno (fechado), mas após ir para um lugar ao ar livre costuma se acalmar.”
P3	Não houve	“Boa adaptação ao mundo virtual, já que prefere não interagir.”
P4	Mudança de rotina	“Fica estressada, nervosa e emburrada.”
P5	Mudança de rotina	“Grita, se bate levemente e se belisca.”
P6	Mudança de rotina	“Grita, quer bater nas pessoas, xinga, fica muito nervoso, agitado e transtornado.”
P7	Não houve	“Em casa é mais fácil vigiá-lo.”
P8	Mudança de rotina	“Grita, se bate, bate na parede e no chão.”
P9	Mudança de rotina	“Ficou mais intolerante e irritado, intercalando episódios de choro e riso intensos.”
P10	Mudança de rotina	“Apresentou ansiedade e reclamação.”

É possível perceber que a mudança de rotina foi o estressor mais relatado pelas mães durante a pandemia, sendo apontado por 80% dos participantes. Essa mudança ocorreu na rotina diária das crianças e adolescentes, pois a aula presencial foi substituída pela aula online e as atividades presenciais, como ir à terapia, ir à igreja, frequentar a casa de familiares e

amigos, entre outras, foram extintas no período da pandemia. As estratégias de enfrentamento adotadas nesse período, foram em sua maioria mal adaptativas. Comportamentos como chorar, gritar, xingar, bater em si e nos demais podem ser incluídos na família da oposição; ficar emburrado e reclamar podem ser incluídos na família da delegação; foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos e prejudiciais do evento estressor e nas suas consequências, ruminação e rigidez fazem parte da família da submissão. Os comportamentos relacionados às famílias da oposição e da submissão ameaçam à competência para lidar com eventos estressores, pois não há assimilação das opções disponíveis. Os comportamentos relacionados à família da delegação ameaçam os relacionamentos, pois não há visualização dos recursos sociais disponíveis.

3.4 *Coping* medido pelo IC-TEA

A análise do *coping* de crianças e adolescentes com TEA considerou quatro contextos adversos, a saber, “interação social”, “mudança de rotina”, “lidar com vários comandos ao mesmo tempo” e “estímulos sensoriais aversivos”. Os resultados descrevem o processo de *coping* diante desses quatro estressores, abrangendo as reações emocionais, ameaça e desafio às necessidades psicológicas básicas e às famílias de *coping*, avaliadas pelo IC-TEA.

A situação 1 buscou avaliar o processo de *coping* do estressor “interação social”, sendo descrita da seguinte maneira: “Seu filho ou filha está em um parque/prça e poderá fazer novas amizades. Para isso, é preciso se apresentar, fazer perguntas e conversar um pouco sobre o que ele ou ela gosta de fazer”. Os resultados podem ser vistos na Tabela 17.

Tabela 17
Coping da situação 1 medido pelo IC-TEA (n=10)

	Ocorrência do acontecimento	Frequência do acontecimento	Reação emocional	Estratégia de enfrentamento	Macrocategoria de <i>coping</i>
P1	Sim	Quase sempre	Neutro	Busca por contato	Busca de suporte
P3	Sim	Quase não acontece	Com raiva	Evitação comportamental	Fuga
P4	Sim	Às vezes	Com medo	Busca por contato	Busca de suporte
P6	Sim	Quase não acontece	Com raiva	Fuga	Fuga
P7	Sim	Quase não acontece	Neutro	Regulação da emoção	Autoconfiança
P9	Sim	Às vezes	Neutro	Regulação da emoção	Autoconfiança
P10	Sim	Às vezes	Com raiva	<u>Evitação comportamental</u>	Fuga

As falas das mães foram classificadas, a partir das estratégias de enfrentamento que elas representavam, em suas respectivas famílias de coping, conforme pode ser visto a seguir: a) Busca de Suporte: “Faz um primeiro contato desajeitado. Assusta as outras crianças. Gosta de se aproximar, mas é uma aproximação invasiva.” (P1); “Fica um pouco tímida no começo, mas depois começa a falar e não para mais. Ela é muito “faladeira”. (P4); b) Fuga: “Pede para ir embora. Não gosta de fazer amigos. Não gosta de lidar com pessoas que não conhece.” (P3); “Fica agitado, estressado, quer sair de perto.” (P6); “Não gosta de interagir. Vai embora.” (P10); c) Autoconfiança: “Ele gosta de conhecer novas pessoas.” (P7); “Ele gosta de interagir.” (P9).

O acontecimento ocorre com 70% dos participantes, sendo que quase não acontece com 3 participantes, acontece às vezes com 3 participantes e acontece quase sempre com 1 participante. No caso de 3 participantes (P2, P5 e P8) o estressor foi identificado como não ocorrendo. Dentre as estratégias de enfrentamento adotadas nota-se a evitação comportamental

(20%); busca por contato (20%); regulação da emoção (20%) e fuga (10%). Em relação às macrocategorias de *coping* percebe-se a fuga (30%); busca de suporte (20%) e autoconfiança (20%). As reações emocionais mais relatadas pelas mães das crianças e adolescentes com TEA diante do estressor “interação social”, medido pela primeira situação, foram a raiva (30%) e a reação neutra (30%), seguido do medo (10%).

A situação 2, por sua vez, buscou avaliar o processo de *coping* do estressor “mudança de rotina”, com a descrição da seguinte situação “Todos os dias seu filho ou filha passa um tempo assistindo aos programas favoritos na TV, ou mesmo jogando no celular, computador ou videogame, mas hoje o aparelho queimou, e ele ou ela não poderá mais utilizá-lo”. Os resultados estão descritos na Tabela 18.

Tabela 18
Coping da situação 2 medido pelo IC-TEA (n=10)

	Ocorrência do acontecimento	Frequência do acontecimento	Reação emocional	Estratégia de enfrentamento	Macrocategoria de <i>coping</i>
P1	Sim	Quase sempre	Com raiva	Culpar outras pessoas	Oposição
P3	Sim	Às vezes	Com raiva	Agressão	Oposição
P4	Sim	Às vezes	Com raiva	Busca de ajuda mal adaptativa	Delegação
P5	Sim	Quase não acontece	Com raiva	Reclamação	Delegação
P6	Sim	Às vezes	Com raiva	Fuga	Fuga
P7	Sim	Quase não acontece	Triste	Aceitação	Acomodação
P8	Sim	Às vezes	Com raiva	Agressão	Oposição
P9	Sim	Às vezes	Com raiva	Confusão	Desamparo
P10	Sim	Às vezes	Com raiva	Provocação	Oposição

As respostas das mães foram consideradas, a partir do *coping* que elas representavam, em suas respectivas famílias, conforme pode ser notado a seguir: a) Oposição: “Grita, chora, fala que a mãe não gosta dele.” (P1); “Fica em crise, muito nervoso, grita e joga as coisas no

chão. Quebra as coisas. Já quebrou o videogame em uma das crises.” (P3); “Grita, se bate, bate no chão.” (P8); “Briga, grita, xinga.” (P10); b) Delegação: “Fica nervosa, estressada, querendo que o pai resolva o problema dela logo, mas não grita, nem se bate e também não chora.” (P4); “Grita, reclama.”(P5); c) Fuga: “Larga para lá e sai nervoso, xingando.” (P6); d) Acomodação: “Entende e vai brincar com outra coisa.” (P7).

O acontecimento ocorre com 90% dos participantes, sendo que quase não acontece com 2 participantes, acontece às vezes com 6 participantes e acontece quase sempre com 1 participante. No caso de 1 participante (P2) o estressor foi identificado como não ocorrendo. Dentre as estratégias de enfrentamento adotadas nota-se a agressão (20%) e provocação; confusão; fuga; reclamação; busca de ajuda mal adaptativa; culpar outras pessoas; aceitação (10% cada). Em relação às macrocategorias de *coping* percebe-se a oposição (40%); delegação (20%) e fuga, desamparo; acomodação (10% cada). A raiva foi a reação emocional mais citada, quando se considera como estressor a “mudança de rotina” (80%), seguida pela tristeza (10%).

Os resultados do coping da situação 3 podem ser vistos na Tabela 19. A situação 3 buscou avaliar o coping relativo ao estressor “lidar com vários comandos ao mesmo tempo” com a seguinte descrição: “Seu filho ou filha está na sala de aula e o professor apresenta de uma só vez à turma várias atividades que deverão ser realizadas em seguida ou em outro momento. A atividade estabelecida é anotar na agenda as seguintes tarefas: Até a próxima semana, o (a) aluno (a) deverá responder às questões do roteiro de português, criar uma história em quadrinhos e entregar um breve resumo do livro preferido”.

Tabela 19
Coping da situação 3 medido pelo IC-TEA (n=10)

	Ocorrência do acontecimento	Frequência do acontecimento	Reação emocional	Estratégia de enfrentamento	Macrocategoria de <i>coping</i>
P1	Sim	Às vezes	Com raiva	Confusão, passividade	Desamparo
P3	Sim	Às vezes	Com raiva	Confusão, passividade	Desamparo
P4	Sim	Às vezes	Neutro	Aceitação	Acomodação
P6	Sim	Às vezes	Com raiva	Culpar outras pessoas	Oposição
P7	Sim	Quase não acontece	Neutro	Fuga	Fuga
P8	Sim	Às vezes	Com raiva	Agressão	Oposição
P9	Sim	Às vezes	Neutro	Fuga	Fuga
P10	Sim	Às vezes	Com raiva	Ruminação	Submissão

As falas das mães foram classificadas, a partir das estratégias de enfrentamento que elas representavam, em suas respectivas famílias de coping, conforme pode ser visto a seguir: a) Desamparo: “Reclama muito. Chora. Diz que não vai conseguir.” (P1); “Fica muito nervoso, fala que não vai dar tempo, que não vai conseguir, que é muita coisa para fazer.” (P3); b) Acomodação: “Ela não liga, não se importa.” (P4); c) Oposição: “Ele chega em casa dizendo que quer matar a professora.” (P6); “Grita, se bate, bate no chão.” (P8); d) Fuga: “Ele não entende a situação. Começa a fazer a primeira tarefa e nem vai ligar para as outras.” (P7); “Ele não vai fazer, pois não vai entender.” (P9); e) Submissão: “Reclama, mas faz as tarefas.” (P10).

O acontecimento ocorre com 80% dos participantes, sendo que quase não acontece com 1 participante e acontece às vezes com 7 participantes. No caso de 2 participantes (P2 e P5) o estressor foi identificado como não ocorrendo. Dentre as estratégias de enfrentamento adotadas nota-se a confusão/passividade (20%); fuga (20%) e aceitação; culpar outras pessoas; agressão; ruminação (10% cada). Em relação às macrocategorias de *coping* percebe-se o desamparo; a fuga e a oposição (20% cada); acomodação e submissão (10% cada). Quando o estressor é “lidar com vários comandos ao mesmo tempo” a raiva aparece com 50% das citações, seguida da reação neutra (30%).

A situação 4 objetivou avaliar o processo de *coping* do estressor “estímulos sensoriais aversivos” por meio da seguinte descrição: “Seu filho ou filha está em uma festa de aniversário e, depois de cantar parabéns, as crianças começam a gritar e estourar todos os balões, fazendo muito barulho”. Os resultados podem ser vistos na Tabela 20.

Tabela 20
Coping da situação 4 medido pelo IC-TEA (n=10)

	Ocorrência do acontecimento	Frequência do acontecimento	Reação emocional	Estratégia de enfrentamento	Macrocategoria de <i>coping</i>
P1	Sim	Às vezes	Com raiva	Fuga	Fuga
P2	Sim	Às vezes	Neutro	Evitar outras pessoas	Isolamento social
P3	Sim	Às vezes	Com raiva	Afastamento social	Isolamento social
P4	Sim	Às vezes	Neutro	Expressão emocional	Autoconfiança
P5	Sim	Às vezes	Neutro	Regulação do comportamento	Autoconfiança
P6	Sim	Quase não acontece	Com medo	Fuga	Fuga
P7	Sim	Quase não acontece	Neutro	Expressão emocional	Autoconfiança
P8	Sim	Às vezes	Neutro	Aceitação	Acomodação
P9	Sim	Às vezes	Neutro	Regulação do comportamento	Autoconfiança
P10	Sim	Às vezes	Com raiva	Isolamento mental	Fuga

As respostas das mães foram consideradas, a partir do *coping* que elas representavam, em suas respectivas famílias, conforme pode ser notado a seguir: a) Fuga: “Grita, chora, quer ir embora.” (P1); “Coloca as mãos nos ouvidos e sai de perto. Ele tem medo de barulho. Fica nervoso.” (P6); “Costuma se isolar, ficar andando de um lado para o outro, nervosa, ansiosa e pede para ir embora. Fala que está no limite dela.” (P10); b) Isolamento social: “Não gosta de frequentar festas de aniversário, mas quando vai fica longe no momento do parabéns.” (P2); “Prefere não frequentar festas, mas quando isso acontece ele foge da situação. Costuma se isolar e ir o mais longe possível do barulho, mas não costuma pedir para ir embora, pois é “durão” e não quer “dar o braço a torcer”.” (P3); c) Autoconfiança: “Ela gosta de aniversários.

Não fica incomodada.” (P4); “Gosta de parabéns e de bola de soprar. Este barulho não a irrita.” (P5); “Ele gosta da “farra”. Quer estourar os balões também.” (P7); “Ele gosta de festa de aniversário. Não considera como um barulho ruim.” (P9); d) Acomodação: “Ele gosta de festa, balão também, mas não gosta de lugares diferentes. Quando é em um salão de festas que ele conhece, ele gosta, mas não se adapta em lugares diferentes.” (P8).

O acontecimento ocorre com todos os participantes, sendo que quase não acontece com 2 participantes e acontece às vezes com 8 participantes. Dentre as estratégias de enfrentamento adotadas nota-se a fuga; expressão emocional; regulação do comportamento (20% cada); evitar outras pessoas; afastamento social; aceitação e isolamento mental (10% cada). Em relação às macrocategorias de *coping* percebe-se a autoconfiança (40%); fuga (30%); isolamento social (20%) e acomodação (10%). No caso do estressor “estímulos sensoriais aversivos”, destaca-se a reação emocional neutra, que foi referida por 60% dos participantes, seguida pela raiva (30%) e o medo (10%).

A Tabela 21, por sua vez, demonstra a porcentagem das macrocategorias de coping referidas pelos participantes de acordo com o estressor apresentado.

Tabela 21
Frequência de coping diante dos 4 estressores apresentados (IC-TEA) (n=10)

	1 – Interação social <i>f</i> (%)	2 – Mudança de rotina <i>f</i> (%)	3 – Lidar com vários comandos ao mesmo tempo <i>f</i> (%)	4 – Estímulos sensoriais aversivos <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (%)
Autoconfiança	20,00	-	-	40,00	60,00
Busca de suporte	20,00	-	-	-	20,00
Acomodação	-	10,00	10,00	10,00	30,00
Delegação	-	20,00	-	-	20,00
Isolamento social	-	-	-	20,00	20,00
Desamparo	-	10,00	20,00	-	30,00
Fuga	30,00	10,00	20,00	30,00	90,00
Submissão	-	-	10,00	-	10,00
Oposição	-	40,00	20,00	-	60,00

Considerando todos os estressores citados nas 4 situações apresentadas, as macrocategorias de *coping* mal adaptativas mais citadas foram: fuga (90%); oposição (60%); desamparo (30%); isolamento social (20%); delegação (20%); e submissão (10%). E as macrocategorias adaptativas mais citadas foram: autoconfiança (60%); acomodação (30%) e busca de suporte (20%).

Considerando o estressor “interação social”, é possível observar a fuga como estratégia principal (30%), seguida da autoconfiança (20%) e busca de suporte (20%). Em relação à “mudança de rotina”, a oposição foi a mais citada (40%), seguida da delegação (20%) e da acomodação, desamparo e fuga, indicadas por 10% dos participantes. Diante de vários comandos ao mesmo tempo, os participantes costumam recorrer à fuga (20%); ao desamparo (20%); à oposição (20%); à submissão (10%) e à acomodação (10%). Os estímulos sensoriais aversivos costumam gerar a autoconfiança (40%); fuga (30%); isolamento social (20%) e acomodação (10%).

4. Discussão

Este estudo teve como objetivo geral identificar e analisar estressores e estratégias de enfrentamento (*coping*) da condição de TEA em crianças e adolescentes, a partir da percepção dos pais. Para alcançar o objetivo proposto a metodologia usada foi o heterorrelato das mães no intuito de compreender o comportamento apresentado por seus filhos ou filhas. Embora haja conhecimento de várias crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, poucas famílias entraram em contato se dispostas a participar da pesquisa. Há a hipótese de que este fato deve-se ao momento pandêmico pelo qual o País está passando, o que levou ao fechamento das escolas e serviços de acompanhamento multidisciplinar ao qual esses participantes frequentavam, dificultando o acesso necessário para a divulgação da pesquisa. Desta maneira, a amostra acabou reduzida a 10 participantes.

As crianças e adolescentes deste estudo são, em sua maioria, do sexo masculino, conforme estudo presente na literatura sobre a etiologia do TEA baseada na condição genética, no qual o gênero feminino costuma apresentar maior resistência a mutações genéticas associadas ao transtorno (Jacquemont et al., 2014). A maioria da amostra não foi diagnosticada em relação ao nível de gravidade e as mães perceberam as primeiras características do transtorno por volta dos 2 anos de idade, o que corrobora com a literatura pois os pais costumam notar os primeiros sintomas por volta dos 15 meses (Zanon, Backes, & Bosa, 2014) e podem esperar até 1 ano antes de procurarem ajuda (Onzi & Gomes, 2015). Este diagnóstico tardio pode atrapalhar o desenvolvimento verbal e social das crianças, já que a intervenção precoce é capaz de promover bem estar social, reduzindo as dificuldades e os problemas de comportamento (Medavarapu et al., 2019).

A investigação sobre as características comportamentais das crianças e adolescentes com TEA, mostrou que as mães os percebem apresentando vários déficits sociais. Conforme a pontuação média obtida nas escalas de competência total e de competência social, por meio do

CBCL, a maioria das mães acredita que seus filhos apresentam déficits nessas escalas, mas o mesmo não acontece com a escala escolar, na qual a média de pontuação estava fora da faixa clínica. Esses dados indicam que as mães percebem o envolvimento dos filhos em atividades escolares de maneira mais competente do que percebem o relacionamento dos filhos com as outras pessoas, corroborando com a descrição do transtorno encontrada no DSM-5 (APA, 2014) de dificuldades em iniciar interações sociais ou interesse reduzido em interações sociais por parte dos indivíduos com TEA. O alto índice de isolamento foi apontado por 35 mães de crianças com TEA, com idade entre 3 e 15 anos, como algo preponderante para a ausência de relacionamento social dos filhos. A hipótese levantada é a de que os comportamentos apresentados pelos filhos, como estereotípias, irritabilidade e mal humor afastam a possibilidade de início de contato social, já que crianças e adolescentes sem o transtorno costumam se assustar com tais atitudes. A criança com transtorno, muitas vezes, tem vontade de interagir, mas não consegue discernir a diferença entre a interação assertiva da não-assertiva (Martelete et al., 2011).

No contexto da avaliação realizada por meio do CBCL, é possível observar, ainda, a prevalência de problemas de atenção, conforme dados da Escala de Síndromes, resultado convergente com o encontrado em outros estudos (Almeida et al., 2021; Martelete et al., 2011; Santos & Hora, 2017). Tal resultado pode ser atribuído ao fato do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresentar-se comumente como transtorno comórbido ao TEA (Souza et al., 2007).

Ainda por meio do CBCL, as mães deste estudo referiram problemas comportamentais totais e problemas internalizantes na faixa clínica, conforme os resultados apontados nos estudos de Martelete et al. (2011) e Almeida et al. (2021), nos quais comportamentos nem sempre notados por outras pessoas, como tristeza, isolamento e falta de energia foram apontados pelas mães de crianças e adolescentes com TEA. A hipótese gerada para o resultado

da faixa clínica relacionada aos problemas internalizantes é a de que essa especificidade do TEA faz com que as pessoas com o transtorno busquem proteger a si mesmos de algo que não conseguem lidar, e acabam internalizando sentimentos e pensamentos pela dificuldade de se expressarem (Rutgers & cols., 2007). Dessa forma, as mães da presente amostra, buscam, em sua maioria, obter recursos para auxiliar no desenvolvimento cognitivo e emocional de seus filhos. Esses recursos incluem atendimentos com equipe multidisciplinar, além de treinamento parental aplicando a terapia ABA (Baer et al., 1987; Callahan et al., 2010), o uso de PEC's (Gordon et al., 2011) e a utilização do recurso da equoterapia (Medavarapu et al., 2019).

De forma geral, as mães relataram grande demanda de dedicação no acompanhamento do desenvolvimento dos filhos e temem que eles não consigam alcançar a independência emocional e financeira, além de não conseguirem ser alfabetizados, ponto também destacado no estudo sobre sintomatologia do TEA e a sobrecarga parental, no qual afirma que mães de crianças e adolescentes com TEA ficam significativamente mais sobrecarregadas do que mães com filhos com desenvolvimento típico (Factor et al., 2018). Contudo as participantes apontaram diversas características positivas dos filhos, como companheirismo, afetuosidade e alegria, semelhantes ao estudo de Emerich et al. (2017) no qual a conclusão evidencia que ao adquirir mais informações sobre o transtorno e buscar redes de apoio, os pais passam a vislumbrar aspectos positivos de seus filhos, como companheirismo, afetuosidade e determinação para superar obstáculos.

Os estressores são inerentes à condição do TEA e os mais citados pelas mães desta amostra destacam-se na seguinte sequência de eventos, em ordem decrescente: receber um comando para fazer uma tarefa após a outra; ficar em um ambiente com muito barulho; mudança de rotina ou desempenho de novos comportamentos; compartilhar com os amigos, interesses, sentimentos e pensamentos e ouvir os interesses das outras pessoas ou como elas se sentem. Esses resultados corroboram com o estudo realizado por Chin et al. (2018), que

apontou como estressores principais dessa população, os estímulos ambientais, mudanças na rotina, controle emocional, interações pessoais, resolução de conflitos e expectativas acadêmicas e comportamentais. A mudança de rotina também foi destaque no estudo que demonstrou que os participantes com TEA reagiram de maneira mal adaptativa diante deste estressor (Lanni et al., 2012).

A mudança de rotina foi o estressor mais apontado pelas mães em relação ao contexto da pandemia por Covid-19. Trata-se de um estressor inerente à condição do TEA e o contexto da pandemia tende a piorar essas alterações de rotina. Durante o período de isolamento ocorreram implicações pontuais, mas a mudança mais grave, conforme o relato das mães, foi a “perda” do tratamento terapêutico e demais tratamentos com profissionais da área da saúde. O fato de estar longe do contexto terapêutico por tanto tempo pode ter contribuído para um olhar mais “negativo” das mães em relação ao comportamento dos filhos durante a pandemia.

Esse resultado é esperado, mas também preocupante na análise da dinâmica *estresse-coping* se há poucos recursos para manejar o estressor, pois essa população tende a apresentar dificuldade de entender por que seu cotidiano foi desorganizado, expondo-os a maiores riscos de contaminação e a quadros mais propícios de desenvolvimento de estresse e ansiedade (Rodríguez & Cordero, 2020). Essas crianças e adolescentes foram privadas de frequentar a terapia, à escola, dentre outros elementos que comumente compõem o dia a dia, configurando mudança de rotina, o que tende a gerar sofrimento (Brasil, 2015; Machado, 2019).

De maneira geral, as estratégias de enfrentamento mal adaptativas de fuga e oposição foram mencionadas pela maioria das mães. A fuga consiste em negar a situação estressora ou procrastinar sua resolução ou ainda fugir de ambientes adversos. A oposição se refere a retirar a situação estressora utilizando agressão, culpando os demais pelos próprios erros (Ramos, 2012; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). A macrocategoria de *coping* fuga foi citada em todas as situações propostas e

a oposição foi mencionada nas situações referentes aos estressores “mudança de rotina” e “lidar com vários comandos ao mesmo tempo”. Esse resultado assemelha-se à pesquisa de Chin et al. (2017), na qual a maioria dos participantes também relatou o uso de estratégias mal adaptativas como fuga e oposição. Já no estudo de Khor et al. (2014), os adolescentes com TEA referiram a fuga, o isolamento, a submissão e o desamparo como estratégias utilizadas para enfrentar os estressores. De fato, diante do desenvolvimento atípico, é esperado indicadores e sintomas associados a um comprometimento no comportamento adaptativo do indivíduo (Harman & Smith-Bonahue, 2017; Portes & Vieira, 2020).

Contudo, nesta pesquisa, as mães, em conjunto com estratégias mal adaptativas, relataram que os filhos usam a autoconfiança como uma estratégia de enfrentamento diante de situações de “interação social” e “estímulos sensoriais aversivos”, o que levanta a hipótese de que o ambiente no qual esses participantes se encontram gerou recursos de autorregulação frente à determinadas situações possivelmente estressoras ou a hipótese de que a mãe se perceba mais capaz de regular os comportamentos da criança e do adolescente em contexto de lugares mais amplos, como festas de aniversário e parques, nos quais é possível um afastamento do estressor. Conforme estudo de Chin et al. (2017) e Khor et al. (2014) é muito importante compreender as estratégias de enfrentamento adotadas, assim como trabalhar formas de *coping* adaptativo diante das adversidades do cotidiano no intuito de criar ambientes familiares que promovam a autorregulação dos filhos.

Ao propor a investigação do *coping* diante de 4 estressores diferentes, “interação social”, “mudança de rotina”, “lidar com vários comandos ao mesmo tempo” e “estímulos sensoriais aversivos”, levantou-se as hipóteses de que há predominância de estratégias mal adaptativas em relação às adaptativas, e ainda que as primeiras estão mais relacionadas às necessidades de relacionamento do que de competência ou autonomia, sendo que o diagnóstico de TEA representaria um contexto com reações emocionais negativas e estratégias de

enfrentamento mal adaptativas. Essa hipótese considerou, especialmente, as características gerais do transtorno, embora haja muitas variáveis dentro do espectro, como a gravidade dos sintomas e a existência ou ausência de comorbidades (Novaes et al., 2008; Pondé et al., 2017).

Neste sentido, a análise do *coping* indicou semelhança com a hipótese considerada diante das situações propostas, principalmente ao apontar a oposição como macrocategoria de *coping* predominante diante do estressor “mudança de rotina”, o que denota a não aceitação da situação e a falta de recursos emocionais para lidar com o inesperado (Ramos, 2012; Skinner, & Edge, 2002; Skinner et al., 2003; Skinner, & Wellborn, 1994). A fuga também apareceu como a macrocategoria de *coping* mais utilizada diante do estressor “interação social”, indicando similaridade com o estudo de Chin et al. (2017), no qual os participantes optaram, em sua maioria, por fugir e esconder-se diante de uma situação desconfortável. Em contrapartida, apresentou um resultado diferente frente ao estressor “estímulos sensoriais aversivos” por apontar a autoconfiança como a macrocategoria de *coping* mais citada pelas mães, o que indica tentativa de manter o controle das próprias emoções e expressão emocional positiva e sugere que estratégias de enfrentamento adaptativas são utilizadas pelos filhos em algumas situações (Crepaldi et al., 2019; Skinner, & Zimmer-Gembeck, 2007).

O fato dos participantes, em sua maioria, serem acompanhados por uma equipe multidisciplinar sugere a hipótese de que estratégias de enfrentamento adaptativas podem ser desenvolvidas mediante o trabalho dos profissionais de saúde, pois intervenções terapêuticas tendem a promover ganhos no desenvolvimento das pessoas com TEA, resultando em melhora da qualidade de vida, independência e inserção social (Medavarapu et al., 2019).

Em relação às reações emocionais, é possível perceber que a reação neutra é citada pelas mães diante das estratégias de enfrentamento adaptativas como busca por contato; regulação da emoção; aceitação; expressão emocional e regulação do comportamento. A reação emocional do medo e da tristeza também é citada frente a estratégias de enfrentamento

adaptativas, mas o mesmo não acontece com a raiva, pois quando a raiva é referida, a estratégia de enfrentamento é sempre mal adaptativa. A reação emocional mais citada pelos participantes diante dos estressores “interação social” (empatada com a reação emocional neutra), “mudança de rotina” e “lidar com vários comandos ao mesmo tempo” foi a raiva e as estratégias de enfrentamento relacionadas foram: evitação comportamental; fuga; culpar outras pessoas; agressão; busca de ajuda mal adaptativa; reclamação; confusão; provocação; afastamento social e isolamento mental; sendo todas mal adaptativas.

Esse resultado é semelhante aos achados da literatura (Bearss et al., 2013; Compas et al., 2001; Zimmer-Gembeck, & Skinner, 2008) e estudos empíricos (Chin et al., 2017; Davis, & Carter, 2008; Hall, & Graff, 2012; Khor et al., 2014), pois um dos problemas de comportamento que mais compromete o funcionamento social de um indivíduo com TEA é o de tipo externalizante, predominantemente, por acessos de raiva, agitação motora e agressividade física e/ou verbal. Estes interferem no comportamento socioadaptativo, dificultando o desenvolvimento das habilidades de vida diária, socialização, comunicação, dentre outros (Einfeld et al., 2011; Khouri et al., 2014; Rampazo., 2011). No entanto, esse resultado contradiz a pontuação da escala de problemas externalizantes do CBCL, que encontra-se na faixa não-clínica para a maioria dos participantes. Uma hipótese para explicar este fato é a de que a irritabilidade está dentro dos problemas internalizantes e os acessos de raiva encontram-se dentro dos problemas externalizantes. A irritabilidade é o estado emocional ou reações ocasionadas por estímulos que provoquem raiva ou frustração, por exemplo. Os acessos de raiva são ataques de ira de forma descontrolada e agressividade repentina, podendo ser acompanhados de agressões verbais e físicas que duram cerca de 30 minutos e que podem prejudicar as pessoas ao redor. Talvez as situações apresentadas pelo CBCL despertem a irritabilidade, mas não os acessos de raiva e as situações indicadas no IC-TEA provoquem acessos de raiva (Einfeld et al., 2011; Khouri et al., 2014; Rampazo., 2011).

Diante do *coping* mal adaptativo apresentado pelos filhos, relatado pelas mães, e das reações emocionais exacerbadas, as mães de crianças e adolescentes com TEA apresentam maior risco de problemas de saúde mental e altos níveis de estresse em comparação a mães de crianças sem o transtorno, de acordo com os estudos realizados por Carvalho-Filha et al. (2018); Dardas, & Ahmad (2014); Estes et al. (2014); Farmer, & Reupert (2013); Segeren, & Fernandes (2016); Zablotzky et al. (2013). Trata-se de uma situação que desencadeia alterações na vida da família devido às necessidades de acompanhamento da criança e do adolescente para seu desenvolvimento. Além do impacto do diagnóstico do transtorno, soma-se o descaso das políticas públicas, a falta de preparação de alguns profissionais e a falta de apoio social, o que tende a gerar problemas psicológicos, emocionais e físicos (Baio et al., 2018). A hipótese levantada é a de que mães de crianças e adolescentes com essa condição sofrem com a diminuição da capacidade de desempenhar funções sociais e cuidar de si mesmas, bem como com uma menor capacidade de aproveitar a vida; e buscam enfrentar esses problemas com o apoio familiar, inserção em grupos de apoio, aceitação, apego à fé e à religião, e também com a prática do pensamento positivo (Al-Kandari et al., 2017).

Mesmo diante de resultados relevantes, algumas limitações devem ser consideradas nesta pesquisa. Primeiro, o tamanho reduzido da amostra limitou as possibilidades de análises comparativas, entre as variáveis, gênero, idade e a existência de comorbidades, difundidas amplamente na literatura sobre o TEA (APA, 2014). Segundo, a dificuldade de acesso aos participantes, pois a pesquisa não pôde ser feita de maneira presencial. Apesar destes fatores, espera-se que os resultados possam contribuir para uma melhor compreensão do TEA no que tange a busca de estratégias adaptativas ao enfrentamento dos estressores.

5. Considerações Finais

A análise dos resultados das respostas das 10 mães que participaram desta pesquisa, permitiu descrever problemas de comportamento, estressores e estratégias de enfrentamento de filhos com TEA, sem deixar de considerar o desgaste físico e emocional familiar ao lidar com questões relativas ao transtorno. Espera-se que novas pesquisas possam surgir com essa temática para que haja a possibilidade de comparação do relato da criança e do adolescente com TEA e a percepção de seus pais, além do *coping* dos pais diante de tais problemas de comportamento e estressores apresentados pelos filhos.

Reconhece-se os problemas de comportamento e os estressores como parte do ciclo de desenvolvimento, mas ao lidar com o TEA, tais aspectos são intensificados e caso não haja suporte podem prejudicar a família como um todo, gerando sofrimento. Ter um filho com TEA impõe adaptações à rotina familiar e transformações na vida financeira e social. Lidar com esse cotidiano pode gerar reações emocionais como raiva, tristeza e medo, mas também pode gerar conhecimento, altruísmo, solidariedade e bondade, possibilitando novas prioridades e novos valores diante das dificuldades.

Essas famílias lançam mão de estratégias de enfrentamento, na maioria das vezes mal adaptativas, mas é algo esperado, visto que ainda há dificuldade de acesso à intervenções adequadas para crianças e adolescentes com o transtorno e seus pais. Apesar das limitações deste estudo, espera-se que esses dados contribuam para uma melhor compreensão do TEA no que tange a busca de estratégias adaptativas ao enfrentamento dos estressores.

6. Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301. doi: 10.1037/0033-2909.85.6.1275
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Aguiar, A. S., & Santos Pinto, R. (1992). Assistência odontológica a autistas. Relato de caso clínico. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 40(5), 345-349.
- Al-Kandari, S., Alsalem, A., Abohaimed, S., Al-Orf, F., Al-Zoubi, M., Al-Sabah, R., & Shah, N. (2017). Brief report: Social support and coping strategies of mothers of children suffering from ASD in Kuwait. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(10), 331-3319. doi: 10.1007/s10803-017-3225-y
- Amaral, C. O. F., Malacrida, V. H., Videira, F. C. H., Parizi, A. G. S., Oliveira, A., & Straioto, F. G. (2012). Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para o atendimento odontológico. *Archives of Oral Research*, 8(2), 143-151.
- Almeida, F. S., Giordani, J. P., Yates, D. B., & Trentini, C. M. (2021). Avaliação de aspectos emocionais e comportamentais de crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Aletheia*, 54(1), 85-95. doi:10.29327/226091.54.1-9
- Alves, E. G. R. A singularidade do atendimento odontológico a pacientes portadores de síndrome de autismo. *Jornal do Site Odonto* [serial on Internet]. (2004). Fevereiro, acesso em 8 de agosto de 2007. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br>
- Argumedes, M., Lanovaz, M., & Larivée, S. (2018). Brief report: Impact of challenging behavior of parent stress in mothers and fathers of children with autism spectrum

- disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48 (7), 2585-2589. doi: 10.1007/s10803-018-3513-1
- Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento. AAIDD. (2010). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. ed. 11, 259 p., p.15.
- Associação Psiquiátrica Americana. DSM-5. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Assumpção Jr, F. B. & Pimentel, A. C. M. (2000). Autismo infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl II), 37-39. doi: 10.1590/s1516-44462000000600010
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1987). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(4), 91-97.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., & Durkin, M. S. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years- autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(6), 1.-23. doi: 10.15585 / mmwr.ss6706a1
- Bearss, K., Johnson, C., Handen, B., Smith, T., & Scahill, L. (2013). A pilot study of parent training in young children with autism spectrum disorders and disruptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(4), 829-840. doi: 10.1007/s10567-015-0179-5
- Bellini, S. (2006). The development of social anxiety in adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21, 138-145. doi: 10.1177/10883576060210030201
- Benda, R.N. (1999). O desenvolvimento motor e a educação física escolar. *Revista Mineira de Educação Física*, 7(1), 114-129.
- Berger, Z. E., & Dalton, L. J. (2001). Coping with a cleft II: Factors associated with

psychosocial adjustment of adolescents with a cleft lip and palate and their parents.

Cleft Palate-Craniofacial Journal, 48(1), 82-90. doi: 10.1597%2F08-094

Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: Um panorama da área [Behavior problem: a panorama of the area]. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v5n2/v5n2a02.pdf>

Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveira, E. F. M. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 13-28.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. (2015.) Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 08 de junho de 2020, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf.

Callahan, K., Shukla-Mehta S., Magee S., & Wie, M. (2010). ABA versus TEACCH: the case for defining and validating comprehensive treatment models in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(1), 74-88. doi: 10.1007/s10803-009-0834-0

Campos, L. S. (2020). Estressores e *coping* de crianças e adolescentes com deficiência auditiva e seus cuidadores no contexto da reabilitação por meio do implante coclear. Projeto de qualificação apresentado ao departamento de psicologia social. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Não publicado.

Carvalho-Filha, F. S. S., Silva, H. M. C., Castro, R. P., Moraes-Filho, I. M., & Nascimento, F.

- L. S. (2018). *Coping e estresse familiar e enfrentamento na perspectiva do transtorno do espectro do autismo*. *Revisa*, 7 (1), 23-30. doi: 10.36239/revisa.v8.n4.p525a536
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Chin, W. C., Chao, K. Y., Chang, H. L., Li, H. M., & Chen, S. H. (2017). Coping strategies of Taiwanese children with autism spectrum disorders. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), 3408-3421. doi: 10.1111/jocn.13700
- Chin, W. C., Li, H. M., Chao, K. Y., & Chang, H. L. (2018). Stressors experienced by children with autism spectrum disorder in Taiwan: Perspectives of children and their parents. *Nursing & Health Sciences*, 21(3), 206-213. doi: 10.1111/nhs.12583
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Corbett, B. A., Schupp, C. W., Simon, D., Ryan, N., Mendoza, S. (2010). Elevated cortisol during play is associated with age and social engagement in children with autism. *Molecular Autism*, 1(1), 13. doi: 10.1186/2040-2392-1-13
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Crepaldi, M. A., Enumo, S. R. F., & Linhares, M. B. M. (2019). *Psicologia da saúde e desenvolvimento na infância e adolescência: Pesquisas e reflexões*. Curitiba: Editora CRV.
- Cridland, E. K., Jones, S. C., Caputi, P., & Magee, C. A. (2014). Being a girl in a boys world: investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 (6), 1261-1274. doi:

10.1007/s10803-013-1985-6

Critério de classificação econômica Brasil - CCEB. (2019). *Associação brasileira de empresas de pesquisa*. Disponível em: abep.org/critério-brasil.

Cunha, K. S., Enumo, S. R. F., Machado, W. L., & Andrade, A. L. M. (2018). Risco psicossocial familiar, coping do tratamento da obesidade infantil e controle parental da alimentação. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(3), 1-11. doi: 10.24879/2018001200300492

Dardas, L. A., & Ahmad, M.M. (2014). Predictors of quality of life for fathers and mothers of children with Autistic Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1326-1333. doi: 10.1016/j.ridd.2014.03.009

Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1278-1291. doi: 10.1007/s10803-007-0512-z

Dias, T. L., França, F. D. P., Enumo, S. R. F., & Gonçalves, O. K. C. (2019). Crianças com doença falciforme: suas habilidades sociais e como lidam com a dor. In: I.L.V. Gomes, D.B. Campos, L.L. Custódio & R.S. Oliveira (Orgs.) *Doença Falciforme: saberes e práticas do cuidado integral à saúde na Rede de Atenção à Saúde*. pp.38-44. Fortaleza: EdUECE, 2019.

Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 2(36), 137-143. doi: 10.1080/13668250.2011.572548

Eisenberg, L., & Kanner, L. (1956). Childhood schizophrenia: Symposium, 1955-1956. Early infantile autism, 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26(3), 556-566. doi: 10.1111/j.1939-0025.1956.tb06202.x

- Ekas, N., & Whitman, T. (2011). Adaptation to daily stress among mothers of children with an autism spectrum disorder: The role of daily positive affect. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(9), 1202-1213. doi: 10.1007/s10803-010-1142-4
- Emerich, D. R., Carreiro, L. R. R., Justo, A. M., Guedes, P., Teixeira, M. C. T. V. (2017). Sociodemographic characteristics, behavioral problems, parental concerns and children's strengths reported by parents. *Paidéia*, 27(67), 46-55. doi: 10.1590/1982-43272767201706
- Enumo S.R.F., Oliveira, A.W. Bellodi, A.C. & Motta, A.B. (2019) Estresse-coping em situações de adoecimento: uma perspectiva desenvolvimentista. In *Psicologia da saúde e desenvolvimento na infância e adolescência: pesquisas e reflexões* (pp. 99-136). Curitiba, PR:CRV.
- Estes, A. et al. (2014). The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 353- 365. doi: 10.1007/s10803-013-1874-z
- Factor, R., Swain, D., & Scarpa, A. (2018). Child autism spectrum disorder traits and parent stress: The utility of using a physiological measure of parental stress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48 (4), 1081-1091. doi: 10.1007/s10803-017-3397-5
- Farmer, J., & Reupert, A. (2013). Understanding autism and understanding my child with autism: An evaluation of a group parent education program in rural Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 21, 20-27. doi: 10.1111/ajr.12004
- Folkman, F., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. doi: 10.1037//0022-3514.50.5.992
- Frydenberg, E., Care, E., Freeman, E., & Chan, E. (2009). Interrelationship between coping,

schoolconnectedness and wellbeing. *Australian Journal of Education*, 53(3), 261-276.

doi: 10.1177/2F000494410905300305

Fundação Oswaldo Cruz –Fiocruz. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19. Recuperado em 08 de junho de 2020, de <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-violencia-domestica-e-familiar-na-covid-19.pdf>

Garioli, D. D. S., Paula, K. M. P. D., & Enumo, S. R. F. (2019). Avaliação do coping da dor em crianças com Anemia Falciforme. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36, e160079. doi: 10.1590/1982-0275201936e160079

Gil, A. C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas.

Gilott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, 5(3), 277-286. doi: 10.1177/1362361301005003005

Giovagnoli, G. et al. (2015). Behavioral and emotional profile and parental stress in preschool children with autism spectrum disorder. *Research and Developmental Disabilities*, 45-46, 411(11). doi: 10.1016/j.ridd.2015.08.006

Gordon, K., Pasco, G., McElduff, F., Wade, A. Charman, T., & Howlin, P. A. (2011). Communication-based intervention for nonverbal children with autism: What changes? Who benefits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 447-457. doi: 10.1037/a0024379

Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 970-976. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00933.x

Gray, D. E. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science & Medicine*, 56(3), 631-642. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00059-x

- Hall, H., & Graff, J. C. (2012). Maladaptive behaviors of children with autism: parent support, stress and coping. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing*, 35 (3-4), 194-214. doi: 10.3109/01460862.2012.734210
- Harman, J. L., & Smith-Bonahue, T. (2017). A Escala de comportamento adaptativo Bayley-III. In Lawrence G. Weiss, Thomas Oakland & Glen P. Ayland (Eds.), *Bayley-III - Uso clínico e interpretação* (pp. 147-166). São Paulo: Pearson Clinical Brasil.
- 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, 629-642. doi: 10.1007/s10803-012-1604-y
- Hourigan, S. E., Southam-Gerow, M. A., & Quinoy, A. M. (2015). Emotional and behavior problems in an urban pediatric primary care setting. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 289-299. doi: 10.1007/s10578-014-0469-z
- Jacquemont, S., Coe, B. P., Hersch, M., Duyzend, M. H., Krumm, N., Bergmann, S., Beckmann, J. S., Rosenfeld, J. A., & Eichler, A. (2014). A higher mutational burden in females supports a “female protective model” in neurodevelopmental disorders. *American Journal of Human Genetics* 94(3), 415-425. doi: 10.1016/j.ajhg.2014.02.001
- Justo, A. P. (2015). Autorregulação em adolescentes: Estudos sobre as relações entre estresse, enfrentamento, temperamento e problemas de comportamento (Tese de Doutorado não publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas: Campinas, SP.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943, 2, 217-250.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1999). *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Khor, A. S., Melvin, G. A., Reid, S. C., & Gray, K. M. (2014). Coping, daily hassles and

behavior and emotional problems in adolescents with high-functioning autism/Asperger's Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 593-608. doi: 10.1007/s10803-013-1912-x

Khoury, L. P., Teixeira, M. C. T. V., Carreiro, L. R. R., Schwartzman, J. S., Ribeiro, A. F., & Cantieri, C. N. (2014). Manejo Comportamental de crianças portadoras do Transtorno do Espectro Autista em condição de inclusão escolar. *Guia de orientação aos professores*. SP. Disponível em: <<http://memnon.com.br/proesp2/assets/proesp2.pdf>>

Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M. L., Ebeling, H., Puls, D. L., & Moilanen, I. (2008). Social anxiety in high-functioning children and adolescents with autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1697-1709. doi: 10.1007/s10803-008-0555-9

Kwakye, L. D., Foss-Feig, J. H., Cascio, C. J., Stone, W. L., Wallace, M. T. (2001). Altered auditory and multisensory temporal processing in autism spectrum disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 4, 129. doi: 10.3389/fnint.2010.00129

Laboratório de Terapia Ocupacional e Saúde Mental - LaFollia, Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. (2020). *Orientações às famílias de crianças e adolescentes com autismo*. Recuperado em 08 de junho de 2020, de <https://www.informasus.ufscar.br/wp-content/uploads/2020/04/Orienta%C3%A7%C3%B5es-%C3%A0s-fam%C3%ADlias-de-crian%C3%A7as-e-adolescentes-com-autismo-em-tempos-de-coronav%C3%ADrus.pdf>

Lampreia, C. (2003). Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: Uma análise crítica. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 57-65.

Lanni, K. E., Schupp, C. W., Simon, D., & Cobett, B. A. (2012). Verbal ability, social stress, and anxiety in children with Autistic Disorder. *Autism*, 16(2), 123-138. doi:

10.1177/1362361311425916

- Lees, D. C. (2007). *An empirical investigation of the motivational theory of coping in middle to late childhood* (Unpublished doctoral thesis). Griffith University, Brisbane.
- Linhares, M. B. M., & Martins, C. B. S. (2015). O processo da autorregulação no desenvolvimento de crianças. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 32(2), 281-293. doi: 10.1590/0103-166X2015000200012
- Lopata, C., Volker, M. A., Putnam, S. K., Thomeer, M. L., & Nida, R. E. (2008). Effect of social familiarity on salivary cortisol and self-reports of social anxiety and stress in children with high functioning autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1866-1877. doi: 10.1007/s10803-008-0575-5
- Machado, G. D. S. (2019). A importância da rotina para crianças autistas na educação básica. *Revista Gepesvida*, 1(9), 100-114. Recuperado em 08 de junho de 2020, em <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/337/171>
- Maia, F. A., Almeida, M. T. C., Oliveira, L. M. M., Oliveira, S. L. N., Saeger, V. S. A., Oliveira, V. S. D., & Silveira, M. F. (2016). Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo de um filho. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 24(2), 228-234. doi: 10.1590/1414-462x201600020282
- Marteleto, M. R. F., Schoen-Ferreira, T. H., Chiari, B. M., & Perissinoto, J. (2011). Problemas de comportamento em crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 5-12.
- Massola, G. M., & Silvaes, E. F. S. (2005). A percepção do distúrbio de comportamento infantil por agentes sociais versus encaminhamento para atendimento terapêutico. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39, 139-150.
- Medavarapu, S., Marella, L. L., Sangem, A., & Kairam, R. (2019). Where is the evidence? A narrative literature review of the treatment modalities for Autism Spectrum Disorders.

Cureus, 11(1), e3901. doi: 10.7759/cureus.3901

Minetto, M. de F., & Löhr, S. S. (2016). Crenças e práticas educativas de mães de crianças com desenvolvimento atípico. *Educare Revista(Curitiba)*, 59,

49-64. doi: 10.1590/0104-4060.44791

Novaes, C. M., Pondé, M. P., & Freire, A. C. (2008). Control of psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autistic disorder: a retrospective chart review.

Arquivos de Neuropsiquiatria, 66(3b), 646-51. doi: 10.1590/s0004-282x2008000500008

Oakland, T.; Harrison, P. L. (2008). Adaptive Behaviors and Skills: An Introduction. In:

Adaptive Behavior Assessment System-II, Oakland, T.; Harrison, P. L. (Eds.). *Academic Press*, p. 3-20. doi: 10.1016/b978-012373586-7.00001-1

Oliveira, C. G. T. D., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. D. (2017). Uma proposta de intervenção psicológica no coping da dor em crianças com Anemia Falciforme. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(3), 355-366. doi: 10.1590/1982-02752017000300004

Olson, S. I., Sameroff, A., Lunkenheimer, E. S., & Kerr, D. (2009). Self-regulatory processes

in the development of disruptive behavior problems: The preschool to school transition.

In S. L. Olson & A. J. Sameroff (Eds.). *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems*, 144-185. New York: Cambridge University Press.

Onzi, F. Z., & Gomes, R. F. (2015). Autism spectrum disorder: the importance of diagnosis and rehabilitation. *Caderno Pedagógico*, 12, 188-99.

Organização Mundial da Saúde. CID-10. (1997). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São

Paulo.

Organización Mundial de la Salud - OMS. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19).

Recuperado em 07 de julho de 2020, de

<https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Organização Mundial da Saúde - OMS (2020).

Folha informativa – Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Recuperado em

18 de maio de 2020, de

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875

Paiva Junior, F. (2019). Quantos autistas há no Brasil? *Revista Autismo*, 4, p.20. Disponível em: <https://www.revistaautismo.com.br/geral/quantos-autistas-ha-no-brasil/>

Perotti, A. C., & Manoel, E. J. (2001). Uma visão epigenética do desenvolvimento motor. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 9(4), 77-82.

Poletto, M., Koller, S. H., & Dell’Aglío, D. D. (2009). Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciências e Saúde Coletiva*, 14(2), 455-466.

Pondé, M. P., Matos, M. L., & Oliveira, C. C. (2017). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder and conduct disorder in children with autism spectrum disorder. *Brazilian Journal Medicine Human Health*, 5(2), 39-46. doi: 10.17267 / 2317-3386bjmhh.v5i2.1199

Portes, J. R. M. & Vieira, M. L. (2020). Coparentalidade no contexto familiar de crianças com transtorno do espectro autista. *Psicologia em Estudo*, 25, e44897. doi: 10.4025/psicoestud.v25i0.44897

Raines, D. A. (1999). Suspended mothering: women’s experiences mothering an infant with a genetic anomaly identified at birth. *Neonatal Netw*, 18(5), 35-39. doi: 10.1891/0730-0832.18.5.35. PMID:10693477

Ramos, F. P. (2012). *Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de*

- bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal* (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. de. (2015). Teoria Motivacional do *Coping*: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 269-280. doi: 10.1590/0103-166X2015000200011
- Ramos, F. P., Caprini, F. R., Reis, L. B., Vicente, S. R. C. R. M., Motta, A. B., Paula, K. M. P. & Enumo, S. R. F. (2016). Enfrentamento do Estresse: Um panorama nacional a partir dos estudos da Teoria Motivacional do Coping. In: Borges, L. S., Coutinho, B. B., Reis, L. B., & Pylro, S. C. (Orgs.). *Interlocuções Psicológicas: Construindo significados entre a teoria e a prática* (pp.55-79). 1ed.Curitiba: CRV.
- Rampazo, S. M. A. (2011). *Terapia Ocupacional utilizando-se da teoria da Integração Sensorial e da Análise Aplicada do Comportamento para minimizar estereotípias de crianças com transtornos do espectro do autismo*. 2011. Monografia (Especialização em Ciências da Saúde) - Faculdade de ciências da saúde de São Paulo, São Paulo, 2011.
- Ribeiro, R. A., & Enumo, S. R. F. (2018). Estresse e estratégias de enfrentamento da fissura labiopalatina por pré-adolescentes. *Saúde e Pesquisa*, 11(2), 267-276. doi: 10.177651/1983-1870.2018v11n2p267-276
- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 (7), 1609-1620. doi: 10.1007/s10803-013-2028-z
- Rocha, M. M. (2012). *Evidências de Validade do “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo/USP). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-12062012-153735/pt-br.php>

- Rodríguez, I. D. C., & Cordero, A. R. (2020). Repercusión psicológica en niños con Trastorno del espectro autista durante el confinamiento por COVID-19. *Multimed*, 24(3), 690-707.
- Ronald, A., & Hoekstra, R. A. (2011). Autism spectrum disorders and autistic traits: a decade of new twin studies. *Journal Neuropsychiatric Genetics, Part B of the American Journal of Medical Genetics (AJMG)*, 156B(3), 255-274. doi: 10.1002/ajmg.b.31159
- Roseiro, C. P., Paula, K. M. P., & Mancini, C. N. (2020). Estresse e enfrentamento infantil no contexto do divórcio parental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(1), 55-71. doi: 10.36482/1809-5267.ARB2020v72i2p.55-71
- Rutgers, A. H., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Swinkels, S. H. N. (2007). Autism and attachment: The attachment Q-Sort. *Autism*, 11, 187-200.
- Rutter M. (1978). Diagnosis and definitions of childhood autism. *Journal of Autism and Development Disorders*. 8(2),139-161.
- Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C. M., & Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autism. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 311(7), 1770-1777. doi: 10.1001/jama.2014.4144
- Santos, E. D. M., & Hora, A. F. L. T. (2017). Percepção dos pais sobre os sintomas do TDAH em crianças e adolescentes diagnosticados com TEA. *Revista Ceuma Perspectivas*, 30, 121-131.
- Santos, E. O. L., & Silveiras, E. F. M. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: Um estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 277-282. doi: 10.1590/s0102-79722006000200014
- Saulnier, C., Quirnbach, L., & Klin, A. (2011). Avaliação clínica de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo. In: Schwartzman, J. S., & Araújo, C. A. (Orgs). *Transtornos do Espectro do Autismo*, 159-171. São Paulo: Memnon.

- Schmidt, C., & Bosa, C. (2007). Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59 (2), 179-191.
- Segeren, L., & Fernandes, F. D. M. (2016). Correlação entre oralidade de crianças com distúrbios do espectro do autismo e o nível de estresse de seus pais. *Audiology - Communication Research*, 21:e1611. doi: 10.1590/2317-6431-2015-1611
- Seymour, M., Wood, C., Giallo, R., & Jellett, R. (2013). Fatigue, stress and coping in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7), 1547-1554. doi: 10.1007/s10803-012-1701-y
- Sharma, S. R, Gonda X., & Tarazi F. I. (2018). Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. *Pharmacol Ther.* [Epub antes da impressão]. Disponível em: www.institutoinclusaobrasil.com.br
- Silva, C. C., & Elias, L. C. S. (2020). Instrumentos de avaliação no transtorno do espectro autista: Uma revisão sistemática. *Avaliação Psicológica*, 19(2), 189-197. doi: 10.15689/ap.2020.1902.09
- Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escolas brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças [CBCL]. In: E. F. M. Silvares (2006). *Atendimento psicológico em clínicas-escola*, 59-72. Campinas, SP: Editora Alíneas.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano* (11ª ed.). São Paulo: Martins Editora.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002). Parenting, motivation, and the development of coping. In L. J. Crockett (Ed.). *The Nebraska Symposium on Motivation: Motivation, agency, and the life course*, 77-143. Lincoln NB: University of Nebraska Press.
- Skinner, E. A, Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping.

Psychological Bulletin, 129, 216-269. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216

- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Life-Span Development and Behavior*, v.12, 91-133. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The developmental of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009). Challenges to the development study of coping. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck. (Eds.). *Coping and the development of regulation: New directions for child and adolescent development*, 5-17. San Francisco: Jossey-Bass.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Perceived control and development of coping. In: Folkman, S. *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, 35-60. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence*. doi: 10.1007/978-3-319-41740-0
- Souza, I. G. S., et al. (2007). Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 14-18. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a04v56s1.pdf>>
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Vicente, S. R. C. R. M., Ramos, F. P., & Paula, K. M. P. (2019). Tradução e adaptação transcultural do questionário de pais como contexto social. *Avaliação Psicológica*, 18(1), 41-49. doi: 10.15689/ap.2019.1801.14507.05

- Victório, V. M. G., Andrade, A. L. M., Silva, A. M. B., Machado, W. L., & Enumo, S. R. F. (2019). Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: estresse, coping e adesão ao tratamento. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 63-75. doi: 10.17765/2176-9206.2019v12n1p63-75
- Vreeburg, S. A., Kruijtzter, B. P., van Pelt, J., van Dyck, R., DeRijk, R. H., Hoogendijk, W. J. G., Smit, J. H., Zitman, F. G., & Penninx, B. (2009). Associations between sociodemographic sampling and health factors and various salivary cortisol indicators in a large sample without psychopathology. *Psychoneuroendocrinology*, 34(8), 1109-1120. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.04.024
- Zablotsky, B., Bradshaw, C., & Stuart, E. (2013). The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(6), 1380-1393. doi: 10.1007/s10803-012-1693-7
- Zanon, R. B., Backes, B., & Bosa, C. A. (2014). Parents' perception of the first symptoms of autism. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 30(1), 25-33. doi: 10.1590/S0102-37722014000100004
- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D., & Skinner, E. A. (2011). Children's emotions and coping with interpersonal stress as correlates of social competence. *Australian Journal of Psychology*, 63(3), 131-141.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents coping with stress: Development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3-7.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2009). Coping, development influences. In H. T. Reis & S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships*. Newbury: Sage.

APÊNDICE

Apêndice A

Amostra de uma das pranchas do Instrumento da Avaliação das Estratégias de *Coping* do TEA adaptado.

Situação 1 : Você está em um parque/prça e poderá fazer novas amizades. Para isso, é preciso se apresentar, fazer perguntas e conversar um pouco sobre você e o que gosta de fazer.



1) Isto acontece com você?

- Sim Não

2) Quantas vezes acontece?

- Quase não acontece Às vezes Quase sempre Sempre

3) Indique como você se sente nessa situação:



Qual é o nome desse sentimento? _____

4) O que você faz nessa situação?

Apêndice B

Flyer de divulgação da pesquisa



Convite para participar de pesquisa

“Estressores e *Coping* de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista na Percepção dos Pais”

Você tem filho ou filha com TEA com idade entre 8 e 14 anos, que esteja frequentando uma escola regular?

Vamos conversar um pouco sobre os estressores e as estratégias de enfrentamento presentes na vida do seu filho ou sua filha?

*** Pesquisa por meio de plataforma digital, sem contato físico.**

Você receberá os principais resultados da avaliação e uma cartilha para ajudar seu filho ou sua filha a lidar com as dificuldades do cotidiano de forma mais positiva.

Caso tenha interesse em participar, agende seu horário:

Mariana Maciel – Psicóloga – CRP: 16/2932
Mestranda em Psicologia (UFES)

Contato: (27) 99754-9015 – marianamacielpsi@gmail.com

Orientação: Profª Drª Kely M. P. de Paula
Coorientação: Profª Drª Fabiana Pinheiro Ramos
PPGP UFES

Apêndice C – Formulário de Caracterização da Amostra

1. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:	
Pai () Mãe () Outro tipo de vínculo ()	
Nome:	
Sexo:	
Data de nascimento: / /	
Estado civil:	
Nº de Filhos:	
Escolaridade:	
Religião:	
Bairro/Cidade onde mora:	
Profissão:	
Qual ocupação atual?	
Qual é a renda média domiciliar?	
Possui mais de um (a) filho (a) com diagnóstico de TEA, com idade entre 8 e 14 anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Caso a resposta seja sim, favor responder essa pesquisa para um(a) filho (a) e responder a pesquisa novamente para o (a) outro (a) filho (a).	
2. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE:	
Nome:	
Sexo:	
Data de nascimento: / /	
Escolaridade:	
3. INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA OU ADOLESCENTE:	
Seu (sua) filho (a) foi diagnosticado (a) com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de qual nível? <input type="checkbox"/> Nível 1 <input type="checkbox"/> Nível 2 <input type="checkbox"/> Nível 3 <input type="checkbox"/> Não houve classificação em relação ao nível	
Quando você começou a perceber que seu filho ou filha poderia apresentar alguma característica relacionada ao Transtorno do Espectro Autista (TEA)? Qual era a idade dele ou dela?	
Seu (sua) filho (a) foi diagnosticado (a) com alguma comorbidade? Qual?	
Faz uso de alguma medicação? Qual?	
Estuda em horário integral ou parcial?	
Faz acompanhamento em alguma instituição no contraturno? Qual? Há quanto tempo?	
Faz acompanhamento com outros profissionais da área da saúde (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, profissional de educação física)? Quais? Em qual instituição?	
Pratica algum esporte? Qual? Com que frequência?	
Descreva a rotina do seu filho ou filha:	
4. PARENTALIDADE:	
Você participou de treinamento parental ou intervenção nos últimos tempos?	
Quanto tempo durante o dia você permanece com a criança ou adolescente?	

Apêndice D - Questionário do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2019)

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INDICADORES	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
	Analfabeto/Fundamental I incompleto
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto
	Fundamental completo/Médio incompleto
	Médio completo/Superior incompleto
	Superior completo

Apêndice E

Questionário de Estressores para Crianças e Adolescentes Diagnosticados com TEA, na Percepção dos Pais ou Responsáveis

Nome do participante:

Nome da criança ou adolescente:

Data da aplicação:

Estressores são situações difíceis que ocorrem na vida e causam um mal-estar físico e emocional, fazendo com que seu (sua) filho (a) fique irritado (a), com medo e cansado (a).

INSTRUÇÕES: Da lista abaixo, marque com um X o quanto você acredita que essas situações podem ser um estressor para o (a) seu (sua) filho (a):

1) Apresentar-se para alguém desconhecido, por exemplo, dizendo o nome e a idade.

nunca às vezes quase sempre sempre

2) Compartilhar com os amigos, interesses, sentimentos e pensamentos.

nunca às vezes quase sempre sempre

3) Ouvir os interesses das outras pessoas ou como elas se sentem.

nunca às vezes quase sempre sempre

4) Participar de brincadeiras imaginativas com outras pessoas, como por exemplo, fingir que uma caixa de papelão é uma nave espacial.

nunca às vezes quase sempre sempre

5) Fazer novos amigos.

nunca às vezes quase sempre sempre

6) Mudança de rotina ou desempenho de novos comportamentos. Exemplo: Passar a acordar em um novo horário, diferente do que está acostumado (a) a fazer diariamente.

nunca às vezes quase sempre sempre

7) Receber um comando para fazer uma tarefa após a outra. Exemplo: Primeiro tomar banho, depois se vestir, em seguida almoçar, depois escovar os dentes e por fim ir para a escola.

nunca às vezes quase sempre sempre

8) Ficar em um ambiente com muito barulho.

nunca às vezes quase sempre sempre

9) Tomar banho.

nunca às vezes quase sempre sempre

10) Escovar os dentes.

nunca às vezes quase sempre sempre

11) O que o (a) seu(sua) filho (a) costuma fazer nessas situações?

12) Dos estressores citados, você identifica algum que foi intensificado em decorrência da pandemia por COVID-19?

Não Sim

Qual ou quais?

Apêndice F

Instrumento de Avaliação das Estratégias de *Coping* da Criança e do Adolescente com TEA (IC-TEA). Versão pais ou responsáveis.

Nome: _____

Nome do filho ou filha: _____

Data da aplicação:

Na vida do seu filho ou filha surgem diversos momentos difíceis, e chamamos de enfrentamento (*coping*) tudo aquilo que ele ou ela sente, pensa ou faz para lidar com esses eventos.

Vou apresentar 4 situações que podem ocorrer no dia a dia do seu filho ou filha e que são difíceis de enfrentar. Para cada situação, você deverá assinalar com um X se isso acontece com seu filho ou filha e o quanto costuma ocorrer. Depois, você vai indicar como você acha que ele ou ela se sente e o que ele ou ela costuma fazer diante da situação proposta.

Situação 1 : Seu filho ou filha está em um parque/prça e poderá fazer novas amizades. Para isso, é preciso se apresentar, fazer perguntas e conversar um pouco sobre o que ele ou ela gosta de fazer.

1) Isto acontece com seu filho ou filha?

Sim Não

2) Quantas vezes acontece?

Quase não acontece Às vezes Quase sempre Sempre

3) Indique como você acha que seu filho ou filha se sente nessa situação:

Neutro Triste Com Medo Com Raiva

4) O que seu filho ou filha costuma fazer nessa situação?

Situação 2 : Todos os dias seu filho ou filha passa um tempo assistindo aos programas favoritos na TV, ou mesmo jogando no celular, computador ou videogame, mas hoje o aparelho queimou, e ele ou ela não poderá mais utilizá-lo.

1) Isto acontece com seu filho ou filha?

- Sim Não

2) Quantas vezes acontece?

- Quase não acontece Às vezes Quase sempre Sempre

3) Indique como você acha que seu filho ou filha se sente nessa situação:

- Neutro Triste Com Medo Com Raiva

4) O que seu filho ou filha costuma fazer nessa situação?

Situação 3: Seu filho ou filha está na sala de aula e o professor apresenta de uma vez só à turma várias atividades que deverão ser realizadas em seguida ou em outro momento. A atividade estabelecida é anotar na agenda as seguintes tarefas: Até a próxima semana, o (a) aluno (a) deverá responder às questões do roteiro de português, criar uma história em quadrinhos e entregar um breve resumo do livro preferido.

1) Isto acontece com seu filho ou filha?

- Sim Não

2) Quantas vezes acontece?

- Quase não acontece Às vezes Quase sempre Sempre

3) Indique como você acha que seu filho ou filha se sente nessa situação:

- Neutro Triste Com Medo Com Raiva

4) O que seu filho ou filha costuma fazer nessa situação?

Situação 4: Seu filho ou filha está em uma festa de aniversário e, depois de cantar parabéns, as crianças começam a gritar e estourar todos os balões, fazendo muito barulho.

1) Isto acontece com seu filho ou filha?

- Sim Não

2) Quantas vezes acontece?

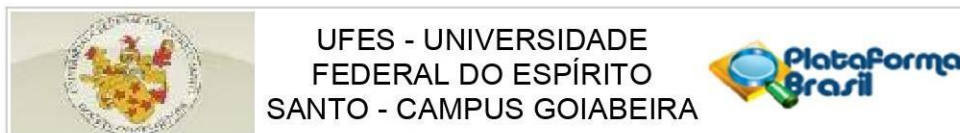
- Quase não acontece Às vezes Quase sempre Sempre

3) Indique como você acha que seu filho ou filha se sente nessa situação:

- Neutro Triste Com Medo Com Raiva

4) O que seu filho ou filha costuma fazer nessa situação?

Apêndice G – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estressores e Coping de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista na Percepção dos Pais

Pesquisador: MARIANA GRASSI MACIEL GARCIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43856821.6.0000.5542

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP-UFES)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.667.282

Apresentação do Projeto:

Busca analisar a problemática do estresse e estratégias de enfrentamento (coping) em crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TAE) a partir do relato de seus pais, no intuito de otimizar condutas profissionais atreladas às condições de vida, interesses e necessidades desta população.

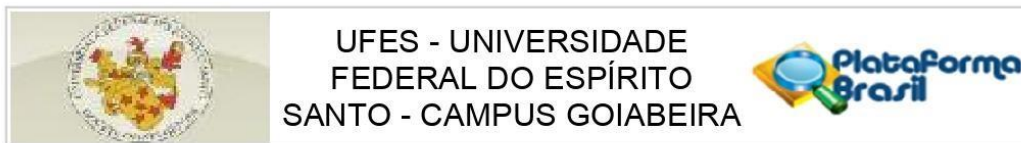
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: identificar estressores e estratégias de enfrentamento (coping) da condição de TEA de crianças e adolescentes. Objetivos Secundários: (a) identificar variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra e suas relações com variáveis principais do estudo; (b) realizar análise dos principais estressores da condição de TEA de crianças e adolescentes, na perspectiva dos pais ou responsáveis; e (c) analisar a aplicabilidade de um instrumento adaptado de coping à amostra de pais ou responsáveis de crianças e adolescentes com TEA no levantamento de estratégias de enfrentamento adaptativas e mal adaptativas, em função de estressores principais dessa condição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Embora os riscos desta pesquisa sejam considerados mínimos, pois não haverá nenhum

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.667.282

procedimento invasivo que possa representar dano à saúde física ou integridade moral do participante, pode ser que o participante se sinta desconfortável ou constrangido com perguntas relacionadas aos estressores e ao coping ou mesmo a respeito do seu próprio desempenho cognitivo a partir dos instrumentos de avaliação. Caso aconteça qualquer desconforto, a pesquisadora (Psicóloga) treinada irá acolher essa demanda, agindo com cautela e, posteriormente, em comum acordo com o participante, realizar encaminhamento para serviço de apoio na própria instituição, ou no serviço de atendimento psicológico da própria universidade (se necessário), tendo sempre garantido o direito de sigilo das informações. Quanto aos benefícios da pesquisa, espera-se que este estudo forneça informações importantes acerca dos estressores em crianças e adolescentes com TEA, buscando demonstrar estratégias de enfrentamento adaptativas e mal adaptativas, favorecendo o aperfeiçoamento de intervenções profissionais.

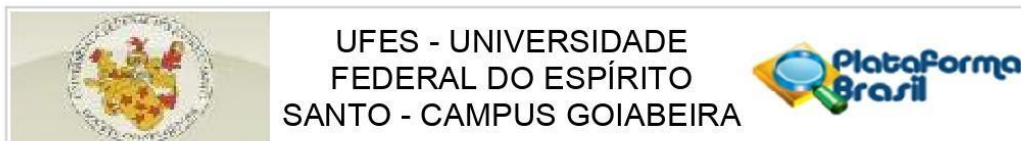
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta consistente revisão sobre seus temas centrais, a saber estressores, coping e transtorno do espectro autista (TEA), discutindo-os em relação ao contexto de desenvolvimento de crianças e adolescentes, especialmente no que diz respeito aos comportamentos adaptativos. A partir deste cenário, informa claramente os objetivos e hipóteses atreladas ao estudo, trazendo como proposta para coleta dos dados a aplicação, a uma amostra de aproximadamente 60 pais ou responsáveis de sujeitos entre 08 a 14 anos que possuem o diagnóstico de TEA confirmado em prontuário ou laudo emitido por profissional capacitado, dos seguintes instrumentos: 1) Formulário de Caracterização da Amostra; 2) Critério de Classificação Econômica Brasil; 3) Child Behavior Checklist (CBCL); 4) Questionário de Estressores, elaborado para este estudo, versão pais ou responsáveis; 5) Instrumento de Avaliação das Estratégias de Coping da Criança e Adolescente com TEA (IC-TEA) adaptado, versão pais ou responsáveis. Os instrumentos de número 1 e número 2 serão aplicados através de formulário eletrônico, em conjunto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os demais instrumentos serão aplicados através de plataforma digital, sendo todos disponibilizados em uma sessão remota online com duração de aproximadamente uma hora. A análise dos dados será conduzida de forma quantitativa, qualitativa e descritiva, seguindo-se os manuais dos instrumentos quando for o caso. Espera-se, ao final da pesquisa, compreender melhor os possíveis meios de enfrentamento do estresse por crianças e adolescentes com diagnóstico autístico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresenta informações claras e linguagem adequada ao público alvo, bem como o objetivo, os riscos e sua possibilidade de minimização, garantia quanto ao sigilo, desistência e participação

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.667.282

voluntária.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta delineamento metodológico, cronograma e orçamento em conformidade com os requisitos éticos preconizados pelo sistema CONEP e encontra-se apto à execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1709712.pdf	01/03/2021 15:58:35		Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	01/03/2021 15:52:02	MARIANA GRASSI MACIEL GARCIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	26/02/2021 20:15:24	MARIANA GRASSI MACIEL GARCIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/02/2021 20:14:44	MARIANA GRASSI MACIEL GARCIA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/02/2021 20:14:31	MARIANA GRASSI MACIEL GARCIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 23 de Abril de 2021

Assinado por:
KALLINE PEREIRA AROEIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com

Apêndice H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da Pesquisa: Estressores e *Coping* de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro Autista na Percepção dos Pais.

Pesquisadoras Responsáveis: Mariana Grassi Maciel Garcia (Mestranda do PPGP), Dra. Kely Maria Pereira de Paula (Professora Orientadora), Dra. Fabiana Pinheiro Ramos (Professora Coorientadora).

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre a pesquisa que você está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo, e caso surjam dúvidas poderá esclarecê-las diretamente com a pesquisadora. Ao final da leitura, caso decida participar, você será solicitado a assinalar sua opção neste termo de consentimento. Uma cópia assinada deste termo será enviada para o seu e-mail. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo), bastando entrar em contato pelos telefones disponibilizados. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá aceitar participar ou não, e caso aceite você tem liberdade de desistir de participar a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

1. Objetivo da pesquisa: Identificar estressores e estratégias de enfrentamento (*coping*) da condição de TEA de crianças e adolescentes, na faixa etária de 8 a 14 anos de idade. Ela está sendo realizada por pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo - campus de Goiabeiras, Vitória, Espírito Santo.

2. Participantes da pesquisa: Participarão da pesquisa 60 pais ou responsáveis de crianças e adolescentes diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com faixa etária entre 8 e 14 anos. O filho ou a filha do participante deve possuir o diagnóstico de TEA registrado em forma de laudo ou prontuário médico.

3. Envolvimento na pesquisa: A pesquisa será realizada por meio de uma sessão de aplicação de instrumentos psicológicos de forma remota por meio de uma plataforma digital, com duração de aproximadamente uma hora. Os pais ou responsáveis das crianças e adolescentes diagnosticados com TEA, de acordo com o laudo ou prontuário médico, responderão cinco instrumentos: 1) Formulário de Caracterização da Amostra; 2) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2019); 3) *Child Behavior Checklist* (CBCL); 4) Questionário de Estressores para Crianças e Adolescentes Diagnosticados com TEA, na percepção dos pais ou responsáveis; 5) Instrumento de Avaliação das Estratégias de *Coping* da Criança e Adolescente com TEA (IC-TEA) adaptado, versão pais ou responsáveis. Não haverá contato pessoal em virtude da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Os instrumentos de número 1 e de número 2 serão aplicados através de formulário eletrônico, logo após a concordância com o presente termo (TCLE). Os demais instrumentos serão aplicados através de uma plataforma digital. Caso o participante tenha alguma dúvida ou sugestão, poderá solicitar mais informações sobre a pesquisa nos endereços de e-mail e telefones indicados no presente termo.

4. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados aqui obedecem aos critérios da ética na pesquisa com seres humanos, conforme as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Com a participação nesta pesquisa, prevemos risco mínimo de desconforto durante a sessão de aplicação dos instrumentos, manifestado por vergonha ou mesmo dificuldade em responder determinadas questões. Diante disso, ressaltamos que tal possível desconforto pode ser minimizado com a desistência da participação ou realização de pausa para retomada em outro momento. A pesquisadora também poderá auxiliar o participante a responder a algum instrumento, caso tenha dificuldade.

5. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os instrumentos serão identificados com um nome fictício e não com o nome verdadeiro do participante. Somente as pesquisadoras terão conhecimento dos dados de identificação obtidos nos estudos. Tais dados serão utilizados somente para a análise dos pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e periódicos (revistas) especializados, contribuindo para a ampliação do conhecimento a respeito do tema investigado, mas de modo que seja garantido o completo sigilo de informações coletadas que possam identificar os participantes.

- 6. Benefícios:** Espera-se que este estudo forneça informações importantes acerca dos estressores em crianças e adolescentes com TEA, buscando demonstrar estratégias de enfrentamento adaptativas e mal adaptativas, favorecendo o aperfeiçoamento de intervenções profissionais com os participantes a partir de suas necessidades. Portanto, participando desta pesquisa você poderá receber informações da avaliação individual de seu filho ou sua filha coletada por meio dos instrumentos, bem como uma cartilha informativa para ajudar seu filho ou sua filha a lidar com as dificuldades do cotidiano de forma mais positiva.
- 7. Pagamento:** Você não receberá nenhum tipo de gratificação financeira pela sua participação.
- 8. Ressarcimento:** Caso haja despesa para participar da pesquisa o participante terá direito ao ressarcimento.
- 9. Indenização:** O participante tem direito a buscar indenização caso ele sofra algum dano decorrente exclusivamente da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento para sua participação, de forma livre, desta pesquisa.

Ficaremos gratas com a sua participação na pesquisa.

Atenciosamente,

Mariana Grassi Maciel Garcia / Mestranda

Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula / Orientadora

Li e concordo em participar da pesquisa. Ao clicar no botão abaixo, você concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador. Você concorda com o termo acima?

Sim Não

Telefone para contato - Pesquisadora Mariana: (27) 9 9754-9015 ou e-mail: marianamacielpsi@gmail.com.

Telefone para contato - Programa de Pós Graduação em Psicologia – (27) 4009- 2501

Caso queira fazer alguma denúncia ou ocorra algum problema você poderá procurar o comitê de ética através dos contatos abaixo informados.

Telefone para contato - Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – Goiabeiras - (27) 3145-9820
Endereço do Comitê de Ética: Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910. E-mail: aroeiraka@hotmail.com e cep.goiabeiras@gmail.com.