

João Rodrigo Maciel Portes

**RELAÇÕES ENTRE ESTILOS PARENTAIS,
COPARENTALIDADE E CARACTERÍSTICAS DE
COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

Tese submetida ao Programa de
Psicologia da Universidade Federal
de Santa Catarina para a obtenção
do Grau de Doutor em Psicologia.
Orientador: Prof.º Dr. Mauro Luís
Vieira
Coorientador: Profº Dr. Adriano
Henrique Nuernberg

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Portes, João Rodrigo Maciel
Relações entre estilos parentais, coparentalidade
e características de comportamento de crianças com
Transtorno do Espectro Autista / João Rodrigo
Maciel Portes ; orientador, Mauro Luís Vieira,
coorientador, Adriano Henrique Nuernberg, 2018.
182 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

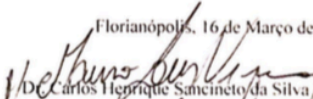
1. Psicologia. 2. autismo. 3. coparentalidade.
4. estilos parentais. 5. família . I. Vieira, Mauro
Luís. II. Nuernberg, Adriano Henrique. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

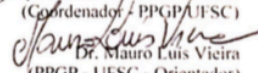
João Rodrigo Maciel Portes

**A RELAÇÃO ENTRE ESTILOS PARENTAIS, COPARENTALIDADE E CARACTERÍSTICAS DE
COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 16 de Março de 2018.

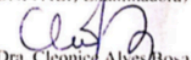

Dr. Carlos Henrique Saneinety da Silva Nunes
(Coordenador - PPGP/UFSC)


Dr. Mauro Luis Vieira
(PPGP - UFSC - Orientador)

Dr. Adriano Henrique Nuernberg
(PPGP - UFSC - Coorientador)


Dra. Ariane Kuhnen
(PPGP - UFSC - Examinadora)


Dra. Marina Mezezes
(PMPSGT-UNIVALI) Examinadora


Dra. Cleonice Alves Bosa
(PPGP-UFRGS - Examinadora)

Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Suplente)

Dra. Deise Maria Fernandes Mendes
(PPGPS-UERJ - Suplente)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que foi a pessoa mais importante para eu chegar até aqui, eu só tenho a agradecê-la por tudo que fez por mim.

Ao meu orientador, Professor Mauro, pelo exemplo de cidadão ético e pela seriedade e compromisso com o desenvolvimento da ciência e dos seus orientandos. Certamente o docente que eu tenho me tornado tem se espelhado nos seus valores.

Ao meu coorientador, Professor Adriano, você é um belo exemplo do que significa Ser Humano, eu lhe agradeço imensamente por me apresentar o campo dos Disability Studies e ter me afetado com um olhar mais sensível sobre o fenômeno da deficiência.

Às professoras Cleonice Alves Bosa, Ariane Kuhnen pela disponibilidade em participar da banca de defesa e contribuir com o desenvolvimento da pesquisa e da minha formação acadêmica.

À professora Marina Menezes, por participar dessa banca de defesa da tese, mas principalmente por ter me guiado desde a graduação até esse momento. Você esteve presente nos melhores momentos da minha formação acadêmica e é uma pessoa que tenho uma enorme admiração.

À professora Josiane da Silva Delvan da UNIVALI por me abrir as portas da iniciação científica na graduação e pelo apoio para a conclusão dessa tese.

À Marise Aparecida Ramos, psicóloga da clínica de psicologia da UNIVALI pela amizade e por ser uma espécie de “madrinha” profissional.

Aos alunos da graduação em Psicologia da UNIVALI, em especial a Maria Vitoria e o André Felipe por terem contribuindo com o desenvolvimento da pesquisa.

Aos membros do NEPeDI, especialmente à Rovana e a Carol pela amizade e companheirismo nessa longa jornada. Eu também agradeço a Carol e o seu marido Erickson pela paciência que tiveram para me auxiliar na análise estatística.

À minha querida amiga Maiara Cunha que me acompanha desde a graduação na UNIVALI e depois no mestrado e doutorado na UFSC e esta sempre presente na minha vida, agradeço por essa amizade com tanta admiração e respeito.

Aos profissionais do Centro Especializado em Reabilitação (CER) que me acolheram e abriram as portas do serviço para que a pesquisa tivesse êxito.

Às famílias que compartilharam as suas histórias, sentimentos, angústias e me permitiram conhecê-las através da pesquisa. Certamente a experiência de cada família contribuiu para as minhas reflexões pessoais e acadêmicas.

Às políticas públicas de educação que incentivam a formação de jovens no nível superior e na pós-graduação. Graças à essas iniciativas eu pude fazer uma faculdade e agora com a bolsa da CAPES concluir o doutorado.

À Roberta, minha noiva, por dividir essa trajetória acadêmica comigo desde os tempos da faculdade. Por compartilhar a vida comigo diariamente, pelas trocas de afeto, carinho e amor. Também agradeço ao Max e a Mel, os nossos cachorros que nos acompanharam diariamente na elaboração dessa tese e compreenderam as nossas ausências.

PORTES, J.R.M. **Relações entre estilos parentais, coparentalidade e características de comportamento de crianças com transtorno do espectro autista**. 182f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMO

Essa pesquisa tem como objetivo geral investigar as relações entre os estilos parentais, a coparentalidade e características de comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista e como objetivos específicos: a) Descrever as variáveis sociodemográficas das famílias e das crianças; b) Identificar as características de comportamento das crianças; c) Identificar as dimensões dos estilos parentais predominantes nos pais; d) Avaliar a qualidade da relação coparental dos pais; e) Verificar as relações entre os estilos parentais predominantes, as dimensões da coparentalidade e as características de comportamento das crianças; f) Compreender os recursos e dificuldades enfrentadas pela família na criação do filho com Transtorno do Espectro Autista. Essa investigação caracteriza-se como de caráter exploratória, descritiva e correlacional com a integração de métodos quantitativos e qualitativos. Nessa pesquisa participaram 45 casais, pais (n=45) e mães (n=45) de crianças diagnosticadas com TEA com média de idade de 59 meses. Os dados foram coletados no Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER) no sul do Brasil. Primeiramente foi aplicado um questionário elaborado pelo grupo de pesquisadores do NEPeDI-UFSC para investigar dados sociodemográficos com apenas um dos genitores e depois foram aplicados com cada membro do casal os seguintes instrumentos: Questionário de Dimensões dos Estilos Parentais – QDEP, a Escala da Relação Coparental – ERC e o Questionário de Capacidade e Dificuldades - SDQ. Além disso, foi aplicada uma entrevista semiestruturada com nove casais escolhidos aleatoriamente. As respostas dos instrumentos foram analisadas com o auxílio de programa de análise estatística e a entrevista foi transcrita na íntegra e, posteriormente, foi empregado o método da análise de conteúdo de Bardin. A análise dos dados sociodemográficos revelam que 75% das famílias eram do tipo nuclear com os pais biológicos dos filhos que possuíam em sua maioria o ensino médio completo; 82% das crianças com TEA eram do sexo masculino. A percepção dos pais e das mães sobre o comportamento prosocial da criança e dos problemas de comportamento não apresentou diferença estatisticamente significativa. Os sintomas de hiperatividade foram os problemas de comportamento

mais prevalentes e o comportamento prossocial mostrou-se abaixo da média normativa. Quanto aos estilos parentais, ambos os cônjuges relataram utilizar principalmente do estilo parental autoritativo. Os casais também apresentaram semelhanças sobre a percepção do relacionamento coparental; ambos destacaram principalmente o reconhecimento da parentalidade do parceiro. As associações entre as variáveis revelaram que os estilos parentais permissivo e autoritário podem levar a uma relação coparental negativa com pouco apoio do companheiro, exposição a conflitos e boicote das funções parentais e esse tipo de coparentalidade por sua vez, pode acarretar em prejuízos comportamentais para a criança com TEA. As principais dificuldades dos pais das crianças estão relacionadas a sintomatologia do TEA e os comportamentos de agressividade. Já os principais recursos utilizados para enfrentar essas adversidades estão relacionados ao apoio do(a) companheiro(a) e a rede de apoio social formal e informal. Ao final são apontadas algumas limitações dessa pesquisa e levantadas algumas sugestões de futuros estudos na área, bem como, as implicações dos resultados na atuação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Autismo; Coparentalidade; Estilos Parentais.

PORTES, J.R.M. **Relationship between parenting styles, coparenting and behavioral characteristics of children with autism spectrum disorder**. 182 pg. Thesis (Doctor in Psychology)- Psychology Post Graduate Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

ABSTRACT

This research has as general objective to investigate the relationships among parenting styles, coparenting and behavioral characteristics of children with Autism Spectrum Disorder and as specific objectives: a) To describe the sociodemographic variables of families and children; b) Identify the behavioral characteristics of the children; c) Identify the dimensions of parenting styles prevalent in parents; d) Evaluate the quality of the parent's relationship; e) To verify the relations between the dominant parenting styles, the dimensions of the coparenting and the behavioral characteristics of the children; f) To understand the resources and difficulties faced by the family in the creation of the child with Autism Spectrum Disorder. This research is characterized as exploratory, descriptive and correlational with the integration of quantitative and qualitative methods. In this research, 45 couples, fathers (n = 45) and mothers (n = 45) of children diagnosed with ASD with mean age of 59 months participated. Data were collected at the Specialized Center for Physical and Intellectual Rehabilitation (CER) in south of Brazil. Firstly, a questionnaire was prepared by the NEPeDI-UFSC research group to investigate sociodemographic data with only one of the parents and then the following instruments were applied with each member of the couple: Parent Dimensional Styles Questionnaire - PDSQ, Coparental Relationship Scale - CRS and the Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ. In addition, a semi-structured interview with nine randomly chosen couples was applied. The responses of the instruments were analyzed with the aid of a statistical analysis program and the interview was transcribed in full and later the Bardin content analysis method was used. The analysis of the socio-demographic data showed that 75% of the families were of the nuclear type with the biological parents of the children who had the majority of the high school education, 82% of the children with ASD were male. Fathers and mothers perceptions of the child's pro-social behavior and behavioral problems are similar. The symptoms of hyperactivity were the most prevalent behavioral problems the pro-social behavior is below the normative average. As for the parenting

styles, both spouses use mainly the authoritative parenting style. Couples also have similarities about the perception of coparental relationships, both of which emphasize mainly the recognition of the partner's parenting. The associations between the variables revealed that permissive and authoritarian parenting styles can lead to a negative coparental relationship with little partner support, conflict exposure and boycott of parental functions, and this type of co-parenting may in turn lead to behavioral losses for the child with ASD. The main difficulties of the parents of the children are related to the symptomatology of the ASD and the aggressive behaviors and the main resources used to face these adversities are related to the support of the companion and the formal and informal social support network. At the end, some limitations of this research are pointed out and some suggestions of future studies in the area are raised, as well as the implications of the results in the work of the health professionals.

Keywords: Autism; Coparenting; Parenting styles.

PORTES, J.R.M. **Relaciones entre estilos parentales, coparentalidad y características de comportamiento de los niños con trastorno del espectro autista**. 182f. Tese (PhD en Psicología) - Programa de Posgrado en Psicología, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMÉN

Esta investigación tiene como objetivo general investigar como relaciones entre los estilos parentales, una coparentalidad y características de comportamiento de niños con trastorno del espectro autista y como objetivos específicos: a) Describir a las variables sociodemográficas de las familias y de los niños; b) Identificar como características de comportamiento de los niños; c) Identificar como dimensiones de los estilos parentales predominantes en los padres; d) Evaluar una calidad de la relación coparental de los padres; e) Verificar como relaciones entre los estilos parentales predominantes, como dimensiones de la coparentalidad y como características de comportamiento de los niños; f) Comprender los recursos y dificultades enfrentados por la familia en la creación del hijo con trastorno del espectro autista. Esta investigación se caracteriza como de carácter exploratorio, descriptivo y correlacional con una integración de métodos cuantitativos y cualitativos. En esta encuesta participaron 45 parejas, padres (n = 45) y madres (n = 45) de niños diagnosticados con TEA con media de edad de 59 meses. Los datos fueron recolectados en el Centro Especializado en Rehabilitación Física e Intelectual (CER) en el sur de Brasil. En primer lugar se aplicó un cuestionario elaborado por el grupo de investigadores del NEPeDI-UFSC para investigar datos sociodemográficos con apenas uno de los genitores y luego fueron aplicados con cada miembro de la pareja de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Dimensiones de los Estilos Parentales -QDEP, Escala de la Relación Coparental - ERC y Cuestionario de Capacidad y Dificultades - SDQ. Además, se aplicó una entrevista semiestructurada con nueve parejas escogidas aleatoriamente. Las respuestas de los instrumentos fueron analizadas con la ayuda de programa de análisis estadístico y una entrevista para transcribir en su totalidad y posterior y empleado. Método del análisis de contenido de Bardin. Un análisis de los datos sociodemográficos reveló que el 75% de las familias son del tipo nuclear con los padres biológicos de los hijos que poseen en su mayoría de la enseñanza media completa, el 82% de los niños con TEA

era del sexo masculino. La percepción de los padres y las madres sobre el comportamiento del niño y de los problemas de comportamiento son similares. Los síntomas de hiperactividad de los problemas de comportamiento más prevalente el comportamiento prosocial está por debajo de la media normativa. En cuanto a los estilos parentales ambos cónyuges utilizan principalmente del estilo parental autoritario. Las parejas también se reportan sobre la percepción de la relación coparental, ambos destacan principalmente el reconocimiento de la parentalidad del compañero. Las asociaciones entre las variables revelaron que los estilos parentales permisivo y autoritario pueden llevar a una relación coparental negativa con poco apoyo del compañero, exposición a conflictos y boicot de las funciones parentales y ese tipo de coparentalidad a su vez, puede acarrear en perjuicios comportamentales para la enfermedad niño con TEA. Las principales dificultades de los padres de los niños están relacionadas con la sintomatología del TEA y los comportamientos de agresividad y los principales recursos utilizados para enfrentar esas adversidades están relacionados con el apoyo del compañero y la red de apoyo social formal e informal. Al final se señalan algunas limitaciones de esta investigación y se plantean algunas sugerencias de futuros estudios en el área, así como, las implicaciones de los resultados en la actuación de los profesionales de salud.

Palabras clave: Autismo; Coparentalidad; Estilos parentales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dendograma obtido pela clusterização hierárquica dos dados.....	73
Figura 2: Gráfico de dispersão da classificação das crianças e seus escores no SDQ.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Composição familiar.....	59
Tabela 2. Cuidadores que auxiliam no cuidado da criança com TEA.....	60
Tabela 3. Renda Familiar.....	61
Tabela 4. Caracterização da escolaridade dos pais e das mães....	62
Tabela 5. Matriz geral das categorias e subcategorias de coparentalidade.....	70
Tabela 6. Matriz Geral das categorias e subcategorias das influências na adaptação família.....	71
Tabela 7. Médias dos escores padronizados em função do cluster das duas dimensões do SDQ.....	74
Tabela 8. Médias dos escores padronizados das dimensões do ERC.....	75
Tabela 9. Médias dos escores padronizados das dimensões do QDEP.....	77
Tabela 10. Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste Mann-Whitney e Friedman das dimensões do SDQ.....	79
Tabela 11. Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste Mann-Whitney e Friedman dos estilos parentais do QDEP.....	80
Tabela 12. Correlação de Spearman dos estilos parentais do QDEP.....	81
Tabela 13. Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste Mann-Whitney e Friedman das dimensões do ERC.....	83
Tabela 14. Correlação de Spearman das dimensões do ERC entre os grupos de pais e mães.....	84
Tabela 15. Correlação de Spearman das dimensões do SDQ, QDEP e ERC.....	85

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	25
3. REVISÃO DA LITERATURA	27
3.1 Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner.....	27
3.2 O mito do (des)conhecido Transtorno do Espectro Autista.....	31
3.3 Coparentalidade e sua (in)definição conceitual.....	37
3.3.1. Estudos sobre coparentalidade e autismo.....	41
3.4 Estilos parentais.....	43
3.4.1. Estudos sobre estilos parentais e autismo.....	48
3.4.2. Estudos sobre estilos parentais e outras deficiências.....	52
4. HIPOTESES	55
5. METÓDO	57
5.1 Delineamento da pesquisa.....	57
5.2 Participantes.....	57
5.3 Instrumentos.....	62
5.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	66
5.5 Análise e Tratamento dos Dados.....	68
6. RESULTADOS	73
6.1 Análise de clusters – caracterização dos perfis de comportamentos das crianças.....	73
6.2 Comparação dos grupos de pais e mães sobre os estilos parentais, coparentalidade e comportamento das crianças e análise de correlação entre as variáveis.....	79
6.3 Análise Qualitativa.....	89
6.3.1. Análise da Matriz Geral das categorias e subcategorias da coparentalidade.....	95
6.3.2. Análise Matriz Geral das categorias e subcategorias das influências na adaptação familiar.....	102
6.4 Integração das análises quantitativas e qualitativa.....	108
7. DISCUSSÃO	115
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
9. REFERÊNCIAS	143
10. APÊNDICES	169
11. ANEXOS	175

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança inicia uma nova etapa na vida da família e conseqüentemente afeta o papel desempenhado pelos membros desse grupo, principalmente para os genitores que se defrontam com a necessidade de prover os cuidados básicos, mas principalmente tem a função de educar e socializar o filho. O papel desempenhado pelos pais nesse contexto acompanha as mudanças da própria criança, à medida que ela cresce e exige uma adaptação dos cuidadores diante das suas necessidades de desenvolvimento. Além das características da criança, o contexto no qual os pais estão inseridos também irá exercer influência sobre o seu papel parental.

Porém, se esse nascimento é marcado pela chegada de um filho com alguma deficiência ou o desenvolvimento dessa condição nos seus primeiros anos de vida, isso poderá provocar um desequilíbrio na família, devido à ruptura das expectativas de um filho ideal. Esse fato pode dificultar a interação dos pais com a criança e gerar dúvidas no genitor sobre os cuidados necessários para o seu desenvolvimento (Brasington, 2007; Brito & Dessen, 1999; Pereira-Silva & Dessen, 2002).

As famílias de crianças com deficiência são impelidas a tomar algumas decisões e muitas vezes compartilham dúvidas comuns diante de diversas situações, como: a) a passagem por vários tratamentos e profissionais; b) decisões sobre a inclusão da criança no contexto escolar; c) maior disponibilidade de tempo para prover os cuidados necessários para o filho; d) Abdicação de atividade profissional de um dos progenitores (principalmente da mãe) visando cuidado integral; e) aumento das despesas relacionadas ao cuidado do filho com deficiência e f) preocupações com o futuro da criança (Paniagua, 2004).

As mudanças sociais a respeito do significado atribuído à deficiência têm influenciado a concepção dos familiares sobre o filho com essa característica (Blacher, Neece & Packowski, 2005; Portes, Vieira, Crepaldi, Moré & Motta, 2013; Risdal & Singer, 2004). Outros estudos, citados por Fiamenghi e Messa (2007) e Schmidt e Bosa (2003) questionam a relação causal entre o maior estresse dos genitores e a deficiência apresentada pela criança, sem considerar os múltiplos fatores envolvidos nesse processo, incluindo as crenças parentais sobre a deficiência.

Cada vez mais, os pesquisadores no campo da deficiência têm apontado que as famílias têm desenvolvido estratégias para superar as

dificuldades decorrentes do comprometimento no desenvolvimento da criança. Os pais têm atribuído significados positivos como a valorização dos esforços do filho para a superação das barreiras, aumento da felicidade, maior amor, fortificação dos laços familiares, aumento da fé religiosa, rede social expandida, maior conhecimento sobre as deficiências, desenvolvimento de tolerância, crescimento pessoal e viver a vida de um modo mais tranquilo (Cuskelly, Hauser-Cram & Van Riper, 2009; King *et al.*, 2006; King, Baxter, Rosenbaum, Zwaigenbaum & Bates, 2009; Paniagua, 2004; Portes *et al.*, 2013).

As dificuldades na criação dos filhos com deficiência se diferenciam de acordo com o grau de comprometimento no desenvolvimento que interfere no seu grau de autonomia, apresentado para cada tipo de deficiência (Bosa 2006; Cunningham 1996; Hodapp *et al.*, 2001). Neste estudo dar-se-á foco aos pais e mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista¹.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se principalmente por prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social, apresentando também padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Esses sintomas costumam ser identificados no segundo ano de vida, embora alguns indícios mais acentuados possam ser observados nos primeiros doze meses de idade (APA, 2014). O termo espectro está associado a níveis e dimensões de variabilidade na manifestação dos sintomas do autismo e estão associados ao comprometimento no comportamento adaptativo do indivíduo. Muitos indivíduos com TEA também apresentam comprometimento intelectual e da linguagem (APA, 2014). Os estudos de Chakrabarti e Fombonne (2005) e Baird *et al* (2006) corroboram com a última característica referida, ao afirmarem que 40-67% das crianças com TEA também apresentam uma deficiência intelectual. De acordo com o Censo do IBGE de 2010, 23,9% da população pesquisada referiram ter alguma deficiência, e, dentre esses, 1,4% afirmaram possuir uma deficiência intelectual. No campo das políticas públicas no Brasil destaca-se a Lei 12.764/2012 que institui a Política Nacional de Proteção aos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e reconhece a pessoa com TEA como uma pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais (Brasil,2012). Recentemente a aprovação da Lei Brasileira da Inclusão (13.146/2015) reforça a garantia de direitos da população com deficiência, incluído as pessoas com TEA (Brasil,2015).

Existe uma variação nos estudos epidemiológicos da prevalência do TEA de 0,07 a 7,3 casos por 1000 (Montiel-Nava & Peña, 2008). Na

¹ Os termos Autismo e Transtorno do Espectro Autista serão utilizados como sinônimos ao longo do texto

Europa, América do Norte e Ásia estima-se que seja de 11 a 18 casos por 1000 (Fombonne, 2010). O estudo de Elsabbaghet *al.* (2012) aponta uma prevalência de 6,2 / 1000 indivíduos. Por outro lado, na América do Sul, um estudo realizado na Venezuela indica uma prevalência de 1,7 casos por 1000 (Montiel-Nava & Peña, 2008). No Brasil, estima-se que na faixa etária de crianças pré-escolares de 0 a 4 anos, de 16.386.239 crianças, acredita-se que 114.704 poderiam ser diagnosticadas com TEA (Fombonne, 2010). Além disso, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM 5 destaca uma diferença na prevalência diagnóstica quanto ao sexo. O TEA é diagnosticado quatro vezes mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino (APA, 2014).

O TEA geralmente é diagnosticado por volta dos três anos de idade. (Yeargin-Allsopp *et al.*, 2003). O diagnóstico do autismo é mais ambíguo, porque se baseia em critérios comportamentais e, em alguns casos permanece incerto para os familiares (Seltzer, Abbeduto, Krauss & Greenberg, 2004).

Dentre as manifestações clínicas, os pesquisadores destacam a maior prevalência de problemas de comportamento entre as crianças com TEA quando comparadas as crianças com outras deficiências (Hartley, Sikira & McCoy, 2008; Totsika, Hastings, Emerson, Berridge & Lancaster, 2011). O fenótipo comportamental do autismo se caracteriza principalmente pelo comprometimento na qualidade da comunicação social e aos problemas de comportamento. As principais dificuldades apresentadas por essa população se referem a manutenção da atenção, agressão, acessos de raiva e comportamentos autolesivos em respostas as mudanças no ambiente (Gadow, DeVincent, Pomeroy, & Azizian, 2004; Hartley, Sikora, & McCoy, 2008).

Os comportamentos das crianças com TEA interferem nas interações no contexto familiar e podem contribuir para o aumento do estresse parental, principalmente nas mães dessas crianças em comparação com os sintomas de estresse referidos por pais de crianças com outras deficiências, bem como, maiores níveis de sintomas de depressão, diminuição da qualidade de vida e aumento dos níveis de problema de saúde, piores indicadores de sensação de bem-estar. (Abbeduto *et al.*, 2004; Benson & Karlof, 2009; Dabrowska & Pisula, 2010; Davis & Carter, 2008; Duarte, Bordin, Yazigi, & Mooney, 2005; Eisenhower *et al.* 2005; Griffith, Hastings, Nash & Hill, 2010; Hoffman *et al.* 2009; Lee *et al.*, 2009; Montes & Halterman, 2007; Olsson & Hwang, 2003; Yamada *et al.*, 2007; Yirmiyae & Shaked, 2005).

Diante desse panorama, percebe-se que o quadro diagnóstico de TEA pode afetar o modo como os pais irão criar os filhos. Dentro desse contexto conhecido como sistema parental existe a coparentalidade, que se relaciona com esse sistema e também com os demais subsistemas familiares como, o conjugal e o fraternal. A coparentalidade pode ser compreendida como o envolvimento conjunto e recíproco de ambos os pais na educação, formação e decisões sobre a vida de seus filhos. A qualidade da relação coparental tem sido apontada como um fator importante de impacto sobre as trajetórias de desenvolvimento das crianças (Lamela, Nunes-Costa & Figueiredo, 2010).

Apesar da importância da coparentalidade para a compreensão do sistema familiar, observa-se um predomínio de estudos na área voltada para as famílias de crianças com desenvolvimento típico. Sifuentes e Bosa (2010), Hill-Chapman, Herzog e Maduro (2013) e Souza, Ramos, Pontes e Silva (2016) apontam a escassez de estudos sobre a coparentalidade em famílias que tenham crianças com deficiência e mais especificamente com o TEA. Ventola *et al* (2017) argumenta que devido as mudanças teóricas e às complexidades históricas da implicação dos pais no quadro do TEA, os cientistas se afastaram do tópico de parentalidade e TEA, como se sugerisse (erroneamente) que os pais eram "culpados", principalmente as mães foram relacionadas como as principais causadoras do TEA, com o conhecido termo “mãe geladeira”.

Com famílias de crianças autistas, destaca-se o estudo brasileiro conduzido por Sifuentes e Bosa (2010) que teve como objetivo examinar a coparentalidade de cinco casais (pai/mãe) com filhos com autismo, cujas crianças tinham entre 4 e 7 anos. Os resultados obtidos revelaram que as tarefas parentais não são compartilhadas da mesma forma pelo casal e esta característica é decorrente das demandas do autismo e da organização dos pais para atendê-las. Além disso, verificou-se que durante o processo diagnóstico e também diante das dificuldades de comportamento do filho, o casal apresenta característica de solidariedade e apoio mútuo. Os maiores conflitos na relação coparental decorrem das divergências nas práticas educativas, principalmente quanto ao estabelecimento de limites ou na superproteção do filho.

A coparentalidade tem sido estudada por meio de associações com outras variáveis como, por exemplo, os estilos parentais (Abidin & Brunner, 1995; Esteves, 2010). O estudo de Abidin e Brunner (1995) evidenciou uma correlação positiva entre coparentalidade positiva e o estilo democrático recíproco nos pais. Apesar das correlações

positivas entre os dois fenômenos, essa correlação não varia de acordo com os fatores sociodemográficos. Contudo ao analisar separadamente a coparentalidade e os estilos parentais, constatou-se que as variáveis como sexo, religiosidade, nível socioeconômico e situação relacional tem relação com os estilos parentais, mas apenas a variável sexo e o nível socioeconômico são preditoras sobre a coparentalidade (Bras, 2008; Esteves, 2010).

Os pais têm a função de serem os agentes de socialização dos filhos. Para isso costumam empregar algumas estratégias específicas para orientar os seus comportamentos. As estratégias de socialização são conhecidas como as práticas educativas parentais, essas se caracterizam por técnicas de controle e reforço do comportamento. Compreende-se que o estilo parental é formado pelo conjunto de práticas educativas parentais (Alvarenga & Piccinini, 2001; Carvalho & Gomide, 2005; Kobarg, Vieira & Vieira, 2010; Oliveira *et al.*, 2002; Piccinini, Frizzo, Alvarenga, Lopes & Tudge, 2007; Weber, Selig, Bernardi & Salvador, 2006).

Uma pesquisa de revisão bibliográfica realizada por Macarini, Martins, Minetto e Vieira (2010) investigou a produção científica brasileira sobre as práticas parentais e constataram que são poucas as pesquisas que investigam esse fenômeno junto aos genitores de crianças com deficiência. Os autores ressaltam que são ainda mais raros os estudos preocupados em investigar as práticas parentais com crianças com alguma deficiência intelectual.

A produção científica nacional na área de famílias de crianças com esse tipo de deficiência demonstra uma escassez de estudos, principalmente as investigações que incluam o pai (Dessen & Pereira-Silva, 2000; Henn, Piccinini & Garcia, 2008). Recentemente, Henn e Sifuentes (2012) realizaram uma revisão bibliográfica sobre as pesquisas que contemplem o pai de crianças com alguma deficiência e constataram que não houve avanços na produção científica nesta área. Além disso, nenhum estudo brasileiro teve como objetivo estudar os valores, atitudes e estilos parentais dos pais de crianças com deficiência.

Outras revisões bibliográficas que fizeram um levantamento da produção científica brasileira dos estudos sobre famílias com crianças que tenham alguma deficiência, constataram que houve um aumento no número de produções, no entanto, não foram encontrados estudos relacionados aos estilos parentais e coparentalidade (Goiten & Cia, 2011; Ferroni & Cia, 2014). Outros estudos como, o de Hamer, Manente e Capellini (2014) e Gomes, Lima, Bueno, Araújo e Souza (2015) também

realizaram uma revisão bibliográfica com um enfoque sobre os estudos nacionais acerca das famílias com crianças com autismo e também não encontraram pesquisas que tivessem como foco de investigação os estilos parentais.

O estudo de meta-análise realizado por Dyches, Smith, Korth, Roper e Mandleco (2012) analisou os estudos internacionais que tiveram o objetivo de investigar a relação entre a parentalidade positiva com famílias de crianças com deficiência, como Síndrome de Down, deficiência intelectual e autismo. A parentalidade positiva é associada ao estilo parental autocrático. Os resultados dos 14 estudos desta meta-análise demonstraram um efeito benéfico global da parentalidade positiva sobre o desenvolvimento das crianças com deficiência e que a responsividade materna está relacionada à interação social em crianças com TEA. Os autores também constaram que as mães foram as principais participantes nos estudos que investigaram os estilos parentais.

Outra investigação buscou explorar a influência combinada do efeito do diagnóstico de crianças com TEA e o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e um grupo de crianças com desenvolvimento típico com as características do fenótipo comportamental do TEA e/ou TDAH dos pais e a sua relação com os estilos parentais adotados para a criação dos filhos. Ambos os genitores obtiveram uma pontuação significativamente mais alta que os dados da norma do instrumento PSDQ e constataram um predomínio do estilo permissivo nas crianças com algum diagnóstico (Van Steijn *et al.*, 2013).

As características comportamentais de uma criança com TEA podem interferir de forma negativa nos estilos parentais, aumentando o comportamento de controle e proteção dos pais (Woolfson & Grant, 2006). Por sua vez, os estilos parentais negativos podem aumentar os problemas de comportamento da criança com TEA (Gau *et al.*, 2010; Osborne, McHugh, Saunders & Reed, 2008; Wachtel & Carter, 2008).

Outro estudo realizado com a população chinesa buscou investigar a relação entre os problemas de comportamento de crianças com autismo e os seus irmãos, com o estilo parental. Os resultados do estudo indicaram que as crianças com autismo tinham problemas de comportamento graves e os pais apresentavam estilos parentais mais superprotetores e autoritários (Gau *et al.*, 2010).

Foi realizada uma busca nas bases de dados BVS PSI, Redalyc e Portal de Periódicos da CAPES, no dia 01 de setembro de 2017,

utilizando como palavras-chave para a busca os termos “autismo” (autism) e coparentalidade (coparenting) e estilos parentais (parentingstyles). Destaca-se que não foram encontrados estudos que relacionassem os fenômenos da coparentalidade e estilos parentais com essa população.

Os resultados do presente estudo poderão servir de base para orientação de pais e profissionais acerca das especificidades dessa população, bem como contribuir para formulação de programas de intervenção que visem à promoção de saúde e do desenvolvimento infantil das crianças com deficiência, principalmente para a população com TEA. O maior conhecimento sobre os comportamentos apresentados por essas crianças pode ajudar na implementação de programas que visem o apoio precoce aos pais, devido aos maiores índices de estresse parental a que eles estão suscetíveis. Além disso, essa pesquisa reforça as políticas públicas da Lei Brasileira de Inclusão, Política Nacional de Proteção aos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e da Portaria 793/2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a garantia dos direitos da população alinhados aos princípios do SUS.

Essa tese é um recorte de uma pesquisa mais ampla intitulada “*Relações entre envolvimento e práticas parentais, funcionamento familiar, coparentalidade e comportamento da criança pré-escolar*” coordenado pelo professor Mauro Luís Vieira com participação das professoras Elisângela Böing, Maria Aparecida Crepaldi e Ana Maria Xavier Faraco. O projeto está vinculado a área de Saúde e Desenvolvimento Psicológico do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

A tese é desenvolvida numa parceria entre o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Infantil (NEPeDI) e do Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC). Trata-se de uma continuidade e ampliação do projeto “*Envolvimento paterno no contexto familiar contemporâneo*” desenvolvido pela mesma equipe. A contribuição dessa tese é produzir conhecimento sobre esses fenômenos no contexto familiar de crianças com desenvolvimento atípico. Nesse sentido, esta pesquisa visa responder ao seguinte problema: *Quais são as relações entre os estilos parentais, coparentalidade e características comportamentais de crianças com Transtorno do Espectro Autista?*

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar a relação entre os estilos parentais, a coparentalidade e características de comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista

2.2 Objetivos específicos

-Descrever às variáveis sociodemográficas das famílias e das crianças

-Identificar as características de comportamento das crianças

-Identificar as dimensões dos estilos parentais predominantes nos pais

-Avaliar a qualidade da relação coparental dos pais

-Relacionar os estilos parentais predominantes, as dimensões da coparentalidade e as características de comportamento das crianças

-Compreender os recursos e dificuldades enfrentadas pela família na criação do filho com Transtorno do Espectro Autista

3. REVISÃO DE LITERATURA

Adotou-se o modelo da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner (1996) como pressuposto epistemológico porque ela propõe uma reflexão sistêmica e contextual do desenvolvimento humano. Além disso, contempla, em sua análise, o indivíduo em interação com dimensões dos meios sociais, que partem desde os meios mais imediatos como a família, até chegar às mais distantes e complexas, como a cultura.

3.1 Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner

A compreensão que os aspectos culturais atuam sobre o sistema familiar e esse por sua vez exerce uma função importante no desenvolvimento do indivíduo são dimensões compartilhadas por várias teorias. Urie Bronfenbrenner foi um dos pioneiros a defender essa perspectiva teórica e apresentou uma proposta teórico-metodológica que tem como objetivo compreender a complexa relação entre família e cultura (Bronfenbrenner, 1996).

Bronfenbrenner criticava as teorias psicológicas pela sua ênfase tradicional nas dimensões centradas no indivíduo e a falta de atenção aos aspectos relacionados ao contexto para a compreensão do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996). A primeira teoria do autor foi o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano que representou uma ruptura com as teorias tradicionais, por atribuir maior importância ao ambiente para a compreensão do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979). Urie Bronfenbrenner deu continuidade as suas investigações e percebeu a necessidade de ampliação do seu modelo teórico para contemplar os aspectos relacionados ao indivíduo. Com base na revisão da sua obra, o autor lançou uma revisão do primeiro modelo ao acrescentar uma compreensão inter-relacionada de diversos fatores em interação simultânea: *Processo, Pessoa, Contexto e Tempo* – modelo PPCT (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, 1999; Bronfenbrenner & Evans, 2000). Esse modelo teórico ficou conhecido como Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1999; Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Segundo Bronfenbrenner (1996) não basta focar-se apenas nos comportamentos observáveis diretamente, há a necessidade de analisar sistemas em interação de múltiplas pessoas levando em conta os

aspectos ambientais. Esse modelo compreende o desenvolvimento humano como um fenômeno decorrente da ação dos processos proximais, isto é, as relações estabelecidas entre o organismo humano biopsicológico e as pessoas, objetos e símbolos em seu ambiente imediato, o que significa uma interação simultânea das variáveis relativas ao *processo*, à *pessoa*, ao *contexto* e ao *tempo* (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner, 1999).

O núcleo denominado *processo proximal*, se constitui como o responsável pelo desenvolvimento. Compreende-se que o desenvolvimento humano ocorre por meio de um processo progressivo e cada vez mais complexo de interações bidirecionais. Esses processos são modos particulares de interação regular entre o organismo e o ambiente de forma recíproca que operam ao longo do tempo. Estas formas de interação no ambiente imediato são chamadas de processos proximais (Bronfenbrenner, 1999).

Os processos proximais dependem que os seguintes fatores atuem simultaneamente: (1) para que o desenvolvimento ocorra efetivamente, a pessoa precisa estar engajada em uma atividade; (2) essa atividade deve ocorrer regularmente em longos períodos de tempo; (3) as atividades devem ser progressivamente mais complexas; (4) é necessária a reciprocidade das relações interpessoais; (5) os símbolos e objetos presentes no ambiente imediato tem que estimular a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999).

Os processos proximais produzem dois efeitos diferentes que interferem no desenvolvimento: a competência e a disfunção. A competência diz respeito a aquisição e ao desenvolvimento de conhecimento, habilidade ou capacidade de regular o próprio comportamento em diferentes domínios do desenvolvimento, como nos aspectos, intelectual, físico, emocional, artístico e social. Por outro lado, a disfunção refere-se às dificuldades que acontecem de forma recorrente e comprometem o controle do comportamento em diferentes situações e domínios do desenvolvimento. Esses dois efeitos são decorrentes da exposição aos processos proximais que podem variar de acordo com cinco dimensões: duração do período de exposição, frequência do contato, interrupção, “*timing*” e intensidade/força do contato (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

O componente *pessoa* abrange atributos do próprio indivíduo, mais especificamente, características determinadas biologicamente e características oriundas da interação com o ambiente. Neste núcleo, as

características da pessoa são tanto o produtor como o produto do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1999). Além disso, destacam-se três características da pessoa que interferem o seu desenvolvimento e os processos proximais. As disposições, recursos e demandas.

Quanto às disposições, estas se referem a elementos comportamentais que permitem ou evitam os processos proximais do indivíduo com o ambiente, podem ser generativas ou inibidoras. São generativas quando atuam de modo positivo nos processos proximais, o que significa envolver orientações ativas, tais como: curiosidade, tendência em iniciar e engajar-se em atividades. As disposições denominadas como inibidoras se referem a influencia negativa nos processos proximais, ou seja, contemplam as características comportamentais da pessoa que comprometem a autoregulação do comportamento, das emoções, como a impulsividade, a agressividade, a apatia, a insegurança (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Em relação aos recursos, estes correspondem as habilidades e deficiências que interferem nos processos proximais ao longo do tempo. As deficiências se caracterizam por alterações genéticas, por exemplo, deficiência, doenças crônicas, baixo peso ao nascer, entre outros fatores que podem limitar a interação nos processos proximais. As demandas estão relacionadas à atributos pessoais que podem aproximar ou distanciar relações com o ambiente social, que impedem ou favorecem o desenvolvimento dos processos proximais (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O *contexto* é o terceiro núcleo proposto pela teoria de Bronfenbrenner, abrangendo os contextos de vida do indivíduo por meio da interação de quatro níveis ambientais, denominados como microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, sendo estes atravessados pelo cronossistema. O microssistema corresponde ao meio imediato, no qual o indivíduo estabelece relações face a face, destacando-se neste contexto a relação da criança com a família e a escola; o segundo nível denominado de mesossistema, se refere ao conjunto de microssistemas e as inter-relações desenvolvidas entre eles; o terceiro nível chama-se de exossistema e atua indiretamente sobre o desenvolvimento do indivíduo, pois este sistema contempla ambientes no qual o indivíduo não atua de forma ativa, mas recebe interferências deste no seu desenvolvimento, como por exemplo, o trabalho dos pais para a criança; por fim, o macrosistema corresponde ao ambiente que abrange os subsistemas anteriores e é composto pelo sistema de crenças, ideologias, economia, cultura, políticas públicas que exercem influência

indiretamente sobre o desenvolvimento do indivíduo (Bronfenbrenner, 1999).

Cabe salientar que os subsistemas caracterizam-se pelo seu dinamismo e interconexão, isto é, os subsistemas não são fixos ou mutuamente exclusivos. O Modelo Bioecológico considera que as interconexões entre os subsistemas assumem uma maior importância no processo de desenvolvimento do que os próprios eventos ocorridos em cada subsistema (Bronfenbrenner, 1996, 1999, 2005).

O último núcleo deste modelo teórico é o tempo que permite examinar a influência de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida da pessoa e também no seu ambiente. O tempo também é reconhecido como o quinto subsistema, denominado cronossistema. Este atravessa as transformações ocorridas nos outros níveis do sistema, ao longo do tempo (Bronfenbrenner, 1999). Este componente do modelo bioecológico foi organizado em micro, meso e macrotempo (Bronfenbrenner & Morris, 1998). O microtempo é analisado a partir dos pequenos episódios de tempo necessários à efetivação dos processos proximais. O mesotempo abrange a periodicidade dos processos proximais. Por último, o macrotempo caracteriza-se pelas mudanças na sociedade ao longo de gerações.

A *Figura 1* ilustra a organização dos sistemas do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner:

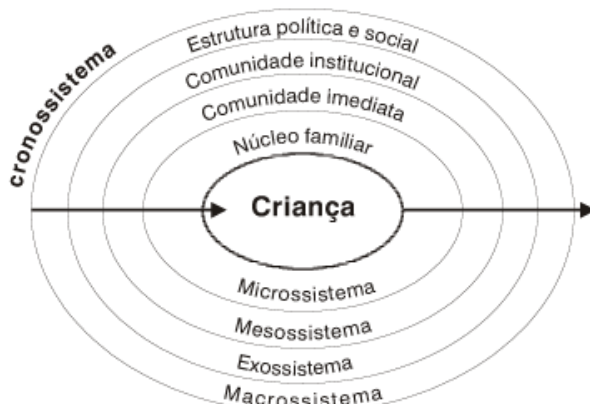


Figura 1. Organização dos sistemas do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, com base em Halpern e Figueiras (2004).

O ambiente familiar é um contexto importante no desenvolvimento infantil, sendo esse relacionado a três características de interação: a reciprocidade, o afeto e o equilíbrio de poder. Estas características contribuem para que o microsistema familiar se mantenha estruturado e promova o desenvolvimento saudável de seus membros (Bronfenbrenner, 1986).

A reciprocidade se refere a capacidade dos membros do microsistema familiar coordenarem suas atividades entre si, promovendo habilidades interativas que se traduzem numa noção de interdependência. O afeto está relacionado com a regularidade das interações das díades e o vínculo emocional desenvolvido com os membros. Por fim, o equilíbrio de poder diz respeito a possibilidade da pessoa em desenvolvimento adquirir, progressivamente, crescentes oportunidades de controlar a situação, desenvolvendo sua independência e a capacidade de se comportar diante de relações de poder diferenciadas (Bronfenbrenner, 1999).

Com base nesta breve reflexão, ressalta-se a visão interacionista do modelo bioecológico de Bronfenbrenner, para compreensão do desenvolvimento humano. A partir desta perspectiva teórica, percebe-se a importância de considerar tanto os aspectos biológicos do próprio indivíduo, bem como, os fatores do ambiente em interação recíproca com este ser em desenvolvimento. Esse modelo teórico é indicado para o estudo com famílias, porque compreende a complexidade das interações entre os sistemas que interferem de forma recíproca nesse contexto (Böing, Crepaldi & Moré, 2008). O presente estudo terá como foco os processos proximais que ocorrem no microsistema familiar entre os pais e a criança com TEA, especificamente a relação da coparentalidade e dos estilos parentais com o comportamento infantil.

3.2 O mito do (des)conhecido Transtorno do Espectro Autista

Nesse capítulo pretende-se apresentar as principais características do TEA, destacando a evolução histórica da compreensão do transtorno. Será realizada uma revisão das diferentes correntes teóricas e empíricas que procuraram explicar o TEA. Além disso, serão destacados os dados epidemiológicos e o aumento do número de diagnósticos nos últimos anos.

Historicamente o autismo era facilmente confundido com esquizofrenia. A descrição pioneira desse quadro diagnóstico é atribuída a Leo Kanner e Hans Asperger no início da década de 1940. Ambos eram psiquiatras austríacos, mas realizaram os seus estudos

separadamente (Fadda & Cury, 2016). Em 1943 nos EUA, Leo Kanner publicou um artigo que descrevia 11 crianças que apresentavam características comportamentais semelhantes que ele denominou autismo infantil precoce (Kanner, 1943, 1949).

Hans Asperger foi o outro pesquisador conhecido sobre o autismo. Ele publicou o seu estudo na Áustria um ano após a publicação de Kanner. Ele descreveu quatro meninos que tinham um quadro que ele chamou de psicopatia autística na infância com características semelhantes daquelas descritas por Kanner, porém menos severas. Asperger também relacionava a origem dos sintomas aos fatores biológicos, especificamente ao campo genético, relacionando a herdabilidade e outros fatores como, a lesão cerebral no parto e a encefalite. Além disso, concordava com Kanner que os pais dessas crianças também apresentavam traços comportamentais incomuns (Asperger, 1991).

Estudos sobre traços comportamentais e de personalidade nos pais de indivíduos com autismo tem chamado a atenção de pesquisadores. Algumas características que tem sido encontradas se referem a rigidez, pouco interesse em novidades e atividades, perfeccionismo, bem como, certo retraimento social em pais de indivíduos com TEA (Losh, Childress, Lam, & Piven, 2008). Recentemente um estudo brasileiro investigou o fenótipo ampliado do autismo em genitores de crianças com esse transtorno. Participaram do estudo 20 genitores de crianças com TEA, por meio da Bateria Fatorial de Personalidade e o Broad Autism Phenotype Questionnaire. Os resultados indicaram alguns traços de personalidade, como a tendência à rigidez e ao retraimento social que de alguma forma podem estar associados as principais dificuldades dos filhos com TEA (Endres, Lampert, Schuch, Roman & Bosa, 2015).

Atualmente algumas pesquisas têm reforçado a origem biológica do TEA. Uma pesquisa realizada com mais de 2 milhões de famílias suecas no período de 1986 a 2006, revelou que o fator genético era responsável por 50% dos casos de autismo (Sandín *et al.*, 2014). Outro estudo aponta que os irmãos têm aproximadamente 7% a mais de chances de ter autismo que qualquer outra pessoa (Lai, Lombardo & Baron-Cohen, 2014). Além disso, nota-se que o TEA é frequentemente associado à condições genéticas ou cromossômicas conhecidas, como a síndrome do X-Frágil ou Esclerose Tuberosa (Christensen *et al.*, 2016). A maior prevalência do TEA em meninos também tem reforçado a hipótese da causa biológica do transtorno. A prevalência do TEA em

homens é de 1:42 (23,7:1.000) e nas mulheres é de 1:189 (5,3:1.000), ou seja, uma menina para cada quatro meninos afetados (Blacher & Kasari, 2016).

De modo geral, os fatores genéticos ainda não estão bem estabelecidos para a causalidade do TEA, mas as pesquisas têm apontado outros fatores biológicos associados a esse transtorno, como as alterações no sistema nervoso central que conseqüentemente provocam problemas sensoriais, no processo de simbolização (teoria da mente), no sistema de neurônios-espelhos e na anatomia cerebral (Fadda & Cury, 2016). Os exames por imagens cerebrais das pessoas com TEA têm revelado que as principais alterações são encontradas nas regiões do cerebelo, na amígdala, no hipocampo, no sistema límbico, entre outras (Bernardi, Kirsten & Trindade, 2012; Freitas *et al.*, 2014).

Outro ponto de vista sobre a causa dos sintomas do autismo pode ser atribuída ao paradigma relacional, no qual o principal expoente é Bruno Bettelheim. No ano de 1967, esse psicanalista publicou um livro de referência sobre o autismo, o qual atribuía que os sintomas da criança eram decorrentes de uma situação destrutiva no período inicial do desenvolvimento psíquico provocada principalmente pelas mães. Essa perspectiva se difundiu nos EUA e popularizou a concepção da “mãe geladeira”.

A explicação sobre a causa do autismo também ficou marcada pela publicação do artigo “MMR vaccination and autism” no periódico *The Lancet*, no ano de 1998. O autor do artigo é o médico inglês Andrew Wakefield, ele encontrou uma relação entre a vacina tríplice MMR (sarampo, caxumba e rubéola) e os sintomas de autismo em crianças. Esse resultado foi divulgado pela mídia na época e causou um grande alarde mundial. Contudo foi descoberto que os dados foram fraudados e em 2010, Wakefield perdeu sua licença médica (Haertlein, 2012; Poland, 2011). Apesar da comprovação da manipulação dos dados, muitos pais na Europa e nos EUA deixam de vacinar os filhos, o que tem contribuindo para aumentar a incidência de sarampo (Poland, 2011).

Nos últimos anos as investigações no campo do autismo têm levantado alguns fatores de risco que podem estar associados ao desenvolvimento do transtorno, como: a) os agentes infecciosos que procedem de uma doença, como a rubéola congênita e o citomegalovírus; (b) os agentes químicos que procedem do contato com substâncias químicas, como o uso do ácido valpróico e da exposição à poluição atmosférica; e (c) agentes associativos, por exemplo, do

aumento da idade parental e de doenças maternas gestacionais, como o diabetes e a hipertensão. O estudo de Wu, Wu, Ding, Hou e Zhang (2017) realizou uma meta-análise de pesquisas científicas que investigaram a associação entre idade parental avançada e autismo. Os autores concluíram que o aumento da idade materna e paterna está associado a um risco de autismo de até 21%. Cabe ressaltar que esses fatores têm sido apontados como associados ao transtorno, mas não são explicativos sobre a causa do TEA. Além disso, os pesquisadores concordam que não existe apenas um fator de risco ambiental capaz de desencadear o TEA, sendo necessária uma predisposição genética concomitante (Fadda & Cury, 2016).

Na contramão das demais explicações sobre o TEA, surge o paradigma da neurodiversidade ao afirmar que o autismo reflete a diversidade da natureza humana pelo desenvolvimento neurológico atípico. Essa perspectiva defende que o autismo seria considerado uma questão de identidade e não uma doença e, portanto, não seria passível de tratamento (Akhtar & Jaswal, 2013; Jaarsma & Welin, 2012; Ortega, 2009). O movimento da neurodiversidade é liderado por pessoas diagnosticadas com TEA de alto funcionamento, ou seja, que não possuem prejuízos intelectuais e de linguagem significativos (Ortega, 2009). Todavia, no Brasil os pais das pessoas com TEA se mobilizaram para garantir os direitos dos seus filhos, como pessoas com deficiência. A Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Brasil, 2012).

Ultimamente a explicação mais aceita sobre a causa do autismo é multifatorial, com a interação entre fatores genéticos e ambientais que pode levar a uma alteração neurológica e conseqüentemente afetar o funcionamento cerebral (Chaste & Leboyer, 2012; Freitas *et al.*, 2014; Sandin *et al.*, 2014).

Apesar do avanço científico e do atual enfoque interacionista, ainda persiste uma explicação mais biológica sobre a causalidade do autismo, o que reforça os estudos de Kanner e Asperger que já apontavam esse fator como a causa do transtorno.

Na atualidade o termo mais apropriado para se referir ao autismo é Transtorno do Espectro Autista (TEA). A ideia do espectro já era defendida por Asperger e foi resgatada por Lorna Wing na década de 1980, eles acreditavam que as características desse transtorno variam ao longo de um *continuum* (Grinker, 2010). O espectro compreende uma heterogeneidade sintomatológica, ou seja, os sintomas podem ter uma

grande variabilidade para cada indivíduo com TEA em diferentes habilidades e comportamentos (Schmidt, 2017).

Recentemente foi publicado o DSM-5, esse é o manual de classificação diagnóstica mais utilizado porque adota uma compreensão mais ampliada do TEA. As duas principais características diagnósticas descritas no manual se referem aos prejuízos na comunicação e interação social (critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, de interesses e atividades (critério B) (APA, 2014).

O critério A ressalta as dificuldades na reciprocidade socioemocional e que prejudicam a interação social. A qualidade das interações iniciadas pelas crianças com TEA são consideradas atípicas e idiossincráticas. A comunicação verbal e não-verbal também é afetada, o que dificulta o compartilhamento de interesses com outras pessoas e resulta em interações sociais limitadas. Existe uma grande variabilidade na apresentação desse critério diagnóstico no espectro autista, existem as crianças que não conseguem emitir nenhuma interação e/ou vocalização com comunicação não-verbal limitada até as crianças que apresentam dificuldades discretas de comunicação, como a inobservância de troca de turnos. Outras características comuns se referem ao empobrecimento do contato visual e da linguagem corporal quando comparada as crianças sem autismo. Existe uma grande probabilidade das crianças com TEA terem maior interesse em brincadeiras solitárias e apresentarem maior dificuldade em atividades que exigem habilidades cognitivas e imaginativas com reciprocidade socioemocional, como é o caso das brincadeiras simbólicas e de faz de conta (APA, 2014). Em alguns casos mais graves, principalmente quando há o comprometimento intelectual concomitante, a criança com TEA pode apresentar ausência de interesse nas pessoas, acompanhado por comportamentos de esquiva (APA, 2014).

A segunda dimensão diagnóstica mais importante do TEA se refere aos padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Muitas vezes, as crianças com TEA demonstram fala, movimentos motores ou uso de objetos de forma estereotipada ou repetitiva, como as estereotipias motoras, ecolalia e o costume de girar objetos e alinhar brinquedos. Existe uma tendência dos indivíduos com TEA apresentarem uma adesão a rotina de forma rígida e inflexível. Esse comportamento é acompanhado muitas vezes por rituais que estão associados à sintoma de ansiedade por estarem expostos a situações sociais (APA, 2014). Essa característica comportamental do TEA é considerada uma das mais difíceis de serem manejadas por pais e

educadores, sendo uma fonte de estresse nesses contextos (Schlebusch, Samuels& Dada, 2016).

O critério B do DSM 5 também está relacionado a restrição de interesses das crianças com TEA, elas apresentam uma tendência a se interessar de forma aprofundada em um conhecimento específico, geralmente de natureza idiossincrática. Outra característica do critério B está relacionada as alterações sensoriais que se manifestam como hiper ou hiporreatividade aos estímulos do ambiente, as alterações podem ser visuais, auditivas, táteis ou olfativas. Essas alterações sensoriais estão presentes em 97% das crianças com TEA, porém também são características comuns em crianças com outros transtornos (Green, Chandler, Charman, Simonoff& Baird, 2016). Ainda não existe um consenso entre os pesquisadores sobre a causa dessas alterações, mas já se sabe que os comportamentos hiporresponsivos são mais prevalentes em crianças com TEA quando comparadas as crianças com desenvolvimento típico e com outros transtornos (Baranek *et al.*, 2013).

Nos últimos anos houve um aumento do número de indivíduos diagnosticados com TEA. A última pesquisa encomendada em 2014 pelo *Central for Diseases Control and Prevention* (CDC), do sistema de saúde norte-americano e organizada pelo *Autism and Developmental Disabilities Monitoring* (ADDM) foi realizada em onze estados do EUA. Os dados revelaram que 14,7% crianças apresentam autismo, ou seja, um indivíduo com autismo a cada 68 crianças (Christensen *et al.*, 2016). A pesquisa também revelou que o autismo tem atingido todos os grupos étnicos, raciais e socioeconômicos. No Brasil ainda não existem dados estatísticos oficiais, mas baseando-se na prevalência do transtorno de 1% da população mundial, estima-se que atualmente cerca de 2 milhões de pessoas possam ter o diagnóstico de TEA no país, considerando a população brasileira de aproximadamente 200 milhões (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016). Quanto a população infantil, estima-se que no Brasil, na faixa etária de crianças pré-escolares de 0 a 4 anos, de um total de 16.386.239 crianças, acredita-se que 114.704 poderiam ser diagnosticadas com TEA (Fombonne, 2010).

As explicações sobre o aumento no número de diagnósticos de TEA se referem principalmente a maior sensibilidade dos instrumentos diagnósticos (Presmanes, Hill, Zuckerman& Fombonne, 2015). Contudo no Brasil existem poucos instrumentos validados para a avaliação diagnóstica do TEA (Backes, Mônico, Bosa & Bandeira, 2014). Além disso, houve o aumento de serviços de referência para a avaliação e o

tratamento dessa população na rede pública de saúde, um exemplo disso são os Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi) e mais recentemente o Centro Especializado em Reabilitação (CER) que compõe a Rede de Saúde de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (Brasil, 2012b). Desde a implantação dos CAPSi no ano de 2002, já foram habilitadas 201 unidades em todo o território nacional. Por outro lado, o CER de 2013 a 2016 foram implantadas 136 unidades, mas nem todas estão voltadas para o público com TEA. Outro fator que contribui para o aumento da incidência está relacionado com a ampliação do conhecimento sobre o espectro autista entre os clínicos, educadores e a comunidade em geral (Hill, Zuckerman & Fombonne, 2014).

Apesar do aumento de informações sobre o TEA e garantia de direitos através de políticas públicas específicas para essa população, os pais dessas crianças passam por diversas experiências que podem afetar as relações familiares, dentre elas a relação coparental.

3.3 Coparentalidade e sua (in)definição conceitual

Nas últimas décadas a área da Psicologia do Desenvolvimento e da Família tem se interessado em investigar o modo como dois ou mais adultos compartilham as funções parentais relativas a criação de um(a) filho(a), esse processo vem sendo denominado como coparentalidade (Feinberg, 2003; Margolin, Gordis, & John, 2001; McHale, 1997). A definição conceitual do termo coparentalidade é oriunda de duas perspectivas teóricas, a de Minuchin (1982) e sua Teoria Estrutural dos Sistemas Familiares que contempla o sistema parental e a administração das tarefas nesse contexto e da Teoria das Relações Objetais de Weissman e Cohen (1985) que discute o conceito de aliança parental, ou seja, como os pais estão comprometidos e trabalhando juntos na tarefa de criar os filhos.

Todavia, existem divergências sobre as primeiras referências sobre o termo coparentalidade. Hackner (2003) realizou um estudo sobre a parentalidade e a situação de divórcio e afirma que a origem do termo foi publicada na década de 70, por Bohannon. No entanto, uma revisão teórica realizada por Frizzo, Kreutz, Schmidt, Piccinini e Bosa (2005) apontam que a introdução do termo pode ser atribuída a Galper, no ano de 1978 quando publicou o livro *Coparenting: Sharing your Child Equally. A Source Book for the Separated or Divorced Family*. Contudo, foi a partir de 1990 que as pesquisas sobre a coparentalidade ampliaram

o foco de investigação e contemplaram as famílias nucleares, bem como, outros cuidadores que exercem alguma função parental na educação das crianças (Lamela, Nunes-Costa, & Figueiredo, 2010).

A coparentalidade pode ser definida pelo modo como dois ou mais cuidadores realizam as suas práticas parentais, fornecem suporte ou boicotam o papel do outro e administram os conflitos decorrentes da criação dos filhos, ou seja, o compartilhamento das tarefas relacionadas ao papel parental (Feinberg, 2003; Margolin et al., 2001; McHale, 1997; Van Egeren & Hawkins, 2004). A coparentalidade não precisa ser exercida necessariamente pelos pais biológicos ou adotivos que residam juntos ou separados/divorciados, pode ser compartilhada por dois ou mais responsáveis adultos que assumem o cuidado sobre uma criança, (McHale, Kuersten-Hogan, & Rao, 2004).

O conceito de coparentalidade possui diferentes definições na literatura. Os pesquisadores têm utilizado diferentes dimensionalidades para definir o termo, o que reflete uma divergência na compreensão do fenômeno e se transforma num desafio para novas investigações nesse campo (Barzel & Reid, 2011). Os principais modelos teóricos sobre coparentalidade são o de Mchale (1997), Margolin *et al.* (2001), Feinberg (2003) e Van Egeren e Hawkins (2004).

O modelo teórico de McHale (1997) é dividido em quatro dimensões da coparentalidade: integração familiar, difamação, conflito e repreensão. A primeira dimensão se refere aos comportamentos de um dos cuidadores quando ele está com a criança e tem como objetivo incluir o(a) companheiro(a) para que ela desenvolva uma percepção da unidade familiar. A difamação diz respeito as atitudes do cuidador que boicotam a autoridade do(a) companheiro(a) na presença da criança. O conflito se caracteriza pelas discussões e brigas na frente do filho. A última dimensão se refere as ações de repreender a criança, tanto nas situações que um dos cuidadores solicita que o outro realize essa tarefa, bem como, quando um deles se omite da situação e deixa que o outro exerça essa função sozinho.

Segundo Margolin *et al.* (2001), o conceito da coparentalidade pode ser organizado em três dimensões: conflito interparental, cooperação e a triangulação. A primeira dimensão contempla partes dos fatores conflito e difamação descritos por Mchale (1997), ou seja, divergências entre o casal em relação a criação dos filhos e tentativas de destruir a imagem do outro e prejudicar o desempenho do papel parental do(a) companheiro(a). A *cooperação* diz respeito ao modo como os pais fornecem suporte ao outro companheiro e compartilham as funções em

relação ao provimento de cuidados dos filhos (as). A triangulação esta associada com o comportamento de um dos cuidadores com o intuito de denegrir o companheiro, de tal modo que prejudique a relação desse com o filho e conseqüentemente exclua-o da função de cuidador.

Outro modelo teórico sobre a coparentalidade foi construído por Feinberg (2003), que ficou conhecido como Teoria da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade. Esse modelo é concebido a partir de quatro dimensões: *acordo ou desacordo nas práticas parentais; divisão do trabalho relacionado à criança; suporte/sabotagem da função coparental e gestão conjunta das relações familiares*. Segundo o autor, mesmo na ausência de dados empíricos que inter-relacionem os fatores, ele afirma que todas as dimensões possuem uma relação moderada entre si, ao mesmo tempo em que se diferenciam umas das outras. O modelo teórico de Feinberg (2003) será utilizado nessa pesquisa por adotar uma visão sistêmica sobre o fenômeno da coparentalidade e ir ao encontro dos princípios teóricos do modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner.

A primeira dimensão, denominada como *acordo ou desacordo nas práticas parentais* se refere as diferenças e semelhanças dos pais (díade parental) quanto aos valores, crenças e estilos parentais que irão interferir no desenvolvimento da criança. A segunda dimensão compreende a *divisão do trabalho*, ou seja, o modo como os cuidadores repartem as tarefas e responsabilidades relativas aos cuidados básicos da criança e também negociam os assuntos financeiros. O *suporte/sabotagem da função coparental* é a terceira dimensão do modelo teórico de Feinberg (2003). Essa se caracteriza pela forma como os cuidadores se apoiam no seu papel parental, bem como, quando eles reconhecem a importância do outro nessa função e respeitam as suas decisões em prol da educação da criança. Por outro lado, alguns cuidadores podem ter dificuldade nesse aspecto e manifestar críticas e comportamentos hostis em relação ao(a) companheiro(a). A qualidade na dimensão de suporte parental demonstra estar associada ao ajustamento emocional da criança e dos progenitores (Feinberg, 2003). A última dimensão desse modelo teórico, denominada *gestão conjunta das relações familiares* diz respeito ao modo como a díade parental administra as interações familiares, os seus comportamentos, padrões de relacionamento e de comunicação.

As quatro dimensões da coparentalidade de Feinberg (2003) são compreendidas como um conjunto inserido em um contexto ecológico que interagem com variáveis *individuais de cada membro da díade*

parental (escolaridade, saúde mental, bem-estar, estilo de apego, atitudes e sistemas de valores), *do histórico do relacionamento familiar anterior à gravidez* (padrões de relacionamento relativos a cuidados, estilos comportamentais e emocionais dos cônjuges) e de *contextos extra-familiares* (problemas financeiros, no trabalho e suporte social). Pode-se fazer uma alusão desse modelo com a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, na qual existe uma relação bidirecional entre os componentes dos diversos sistemas com o indivíduo. Por exemplo, os processos proximais que ocorrem no microsistema familiar são influenciados pelas características individuais dos pais, bem como, pelas características do filho e a interação dentro desse processo irá repercutir sobre a coparentalidade, a relação conjugal e no comportamento da criança. Segundo o modelo ecológico de Feinberg (2003) a relação coparental exerce uma maior influência sobre o ajustamento da criança do que outros aspectos da relação interparental. Estima-se que uma relação coparental forte seja preditora de um melhor desenvolvimento e ajustamento da criança (Feinberg, 2002).

Por fim, o último modelo teórico sobre a coparentalidade de Van Egeren e Hawkins (2004), propõem um modelo de Estrutura Externa e Interna da Coparentalidade a partir de quatro dimensões: *solidariedade coparental*, *suporte coparental*, *parentalidade sabotadora* e *parentalidade partilhada*. A primeira e a última dimensão acrescentam algumas contribuições teóricas aos modelos anteriores. A *solidariedade coparental* se refere a expressão de afetos positivos entre os cuidadores em relação a parentalidade, ao mesmo tempo que se relaciona com dimensões dos outros modelos teóricos de compreensão da coparentalidade, também amplia o foco de atenção para o aspecto da afetividade envolvida no processo. A *parentalidade partilhada* contempla as dimensões de cooperação de Margolin *et al.* (2001) e as dimensões de compartilhamento de tarefas e gerenciamento conjunto das interações familiares de Feinberg (2003). A grande contribuição de Van Egeren e Hawkins (2004) nessa dimensão foi subdividi-la em duas, sendo a primeira atribuída ao equilíbrio em relação ao nível de envolvimento de cada cuidador com a criança em comparação ao outro e à sincronicidade do comprometimento da díade coparental na educação dos filhos.

As dimensões da coparentalidade sofrem influências de diversas variáveis sociodemográficas como a idade e gênero das crianças e dos pais (Margolin, *et al.*, 2001) e pelos diferentes arranjos familiares

(McHale, Salman, Strozier, & Cecil, 2013). O fenômeno da coparentalidade tem sido investigado por meio de associações com outras variáveis como: estilos parentais (Abidin & Brunner, 1995; Böing & Crepaldi, 2016; Esteves, 2010; Feinberg, 2003; Pedro, Ribeiro & Shelton, 2012); estilo de apego (Sheftal, Schoppe-Sullivan, & Futris, 2010); saúde materna (McDaniel, & Teti, 2012); ajustamento familiar e perfis de vinculação (Lamela, Figueiredo & Bastos, 2013). Os pesquisadores tem notado que a qualidade da relação coparental, entre casais, exerce maior influencia sobre o desenvolvimento da criança que o relacionamento conjugal e a parentalidade (Feinberg, Kan, & Hetherington, 2007; Lamela, Nunes-costa, & Figueiredo, 2010; Schoppe-Sullivan, Mangelsdorf, Frosch & McHale, 2004). Os estudos nessa área têm apontado que uma relação coparental marcada por conflitos está fortemente associada a problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes (Feinberg, 2003; Margolin *et al.*, 2001; McHale, Kuersten-Hogan & Rao, 2004).

Dentre as variáveis citadas, nessa pesquisa busca-se a relação entre a coparentalidade e os estilos parentais no comportamento das crianças. Abidin e Brunner (1995) realizaram uma pesquisa para investigar a relação entre coparentalidade e os estilos parentais com os pais de crianças com desenvolvimento típico e encontraram uma correlação positiva e significativa entre coparentalidade e o estilo parental autoritativo, em ambos os progenitores. Outros pesquisadores Feinberg (2003) e Morril, Hines, Mahmood & Cordova (2010) apontam que o estabelecimento de apoio coparental permite que os pais utilizem de práticas parentais mais eficazes. Segundo o estudo realizado por Morril *et al.* (2010) a dimensão cooperação será um preditor importante das práticas parentais.

A seguir serão apresentados alguns estudos que investigaram o fenômeno da coparentalidade com famílias de crianças com TEA.

3.3.1. Estudos sobre coparentalidade e autismo

Destaca-se o estudo brasileiro de Sifuentes e Bosa (2010) que teve como objetivo examinar a coparentalidade de cinco casais (pai/mãe) com filhos com autismo, cujas crianças tinham entre 4 e 7 anos. Os pesquisadores realizaram uma entrevista semiestruturada, com base em categorias de McHale sobre coparentalidade e categorias decorrentes das entrevistas com o casal. Os resultados obtidos revelaram que as tarefas parentais relacionadas a criação e educação dos filhos não são

compartilhadas da mesma forma pelo casal e esta característica é decorrente das demandas do autismo e da organização dos pais para atendê-las. Além disso, verificou-se que durante o processo diagnóstico e também diante das dificuldades de comportamento do filho o casal apresenta característica de solidariedade e apoio mútuo. Os maiores conflitos na relação coparental decorrem das divergências nas práticas educativas, principalmente quanto o estabelecimento de limites ou na superproteção do filho.

A pesquisa de Hill-Chapman, Herzog e Maduro (2013) investigou se a aliança parental medeia a relação entre o TEA e o estresse parental. A aliança parental, muitas vezes é confundida como sinônimo de coparentalidade, mas refere-se à uma dimensão de coparentalidade. Nesse estudo participaram 56 pais/mães de crianças com o diagnóstico de autismo. Foram utilizados os instrumentos The Parenting Stress Index-Short Form, o The Behavior Assessment System for Children, Second Edition e o Parenting Alliance Inventory. Os resultados indicaram que o maior nível de estresse parental estaria relacionado a uma aliança parental inferior. Para atenuar os efeitos do estresse parental as mães têm utilizado estratégias de coping, como distração, busca de apoio social/religios e evitação (Schmidt, Dell'aglio, Bosa, 2007).

O estudo de May, Fletcher, Dempsey e Newman (2015) teve como objetivo verificar as relações entre a qualidade coparental, autoeficácia e estresse parental em mães e pais de crianças com TEA. A pesquisa contou com a participação de 152 genitores Australianos (n=80 mães e n=72 pais) que tinham um filho menor de 13 anos de idade com diagnóstico de TEA. Para avaliação da qualidade coparental os autores utilizaram a PAM (Abidin & Konold, 1999). Os resultados obtidos revelaram que as relações entre as percepções da autoeficácia e do estresse parental foram mediadas pela qualidade parental para ambos os genitores. Contudo a relação entre o estresse parental e a qualidade coparental foi mais forte para os pais, bem como, a relação entre a qualidade parental e a percepção de autoeficácia parental é mais forte para esse grupo. Outros estudos com famílias de crianças com desenvolvimento típico também constataram que a qualidade coparental tem maior influência nos comportamentos parentais paternos (Brown, Schoppe-Sullivan, Mangelsdorf & Neff, 2010; Elliston, McHale, Talbot, Parmley & Kuersten-Hogan, 2008; Jia & Schoppe-Sullivan, 2011).

Recentemente os autores May, George, Fletcher, Dempsey e Newman (2017) publicaram um artigo como um desdobramento do estudo de May et al (2015). Os pesquisadores selecionaram 11 famílias

participantes do estudo anterior, sendo seis casais com menor índice de estresse parental e cinco casais com esse índice mais elevado. Os genitores foram entrevistados para explorar três domínios de sua relação coparental: (1) adaptação ao surgimento do autismo de seus filhos, (2) parentalidade de seus filhos com TEA, (3) expectativas para os resultados de desenvolvimento de seus filhos. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada com 17 questões e a coleta de dados foi realizada pelo telefone com cada participante separadamente. Os dados obtidos revelaram que no primeiro domínio ficou evidente que a descoberta do diagnóstico do TEA do filho fez com que os membros do casal atribuíssem maior importância a relação coparental. No segundo domínio pode-se destacar a percepção de competência parental ressaltada pelos genitores acompanhada pelo suporte do parceiro e pela qualidade na comunicação, bem como, a distribuição de tarefas parentais. No terceiro domínio os pais acreditam que a qualidade na relação coparental poderá influenciar de forma positiva o desenvolvimento dos filhos com TEA.

A pesquisa de Thullen e Bonsall (2017) foi realizada com 113 pais norte-americanos de crianças (5 a 13 anos de idade) com TEA e teve como objetivo avaliar a qualidade da relação coparental, estresse parental e os desafios da alimentação infantil. Para investigar a relação coparental foi utilizada a escala CRS - Coparenting Relationship Scale (Feinberg *et al.*, 2012). Os resultados revelaram que o maior estresse para os cuidadores foi relatado quando o acordo e suporte da relação coparental foram menores. Um maior acordo sobre cuidados, maior apoio recebido e menor exposição à conflitos foram todos associados com menor estresse parental. O comportamento agitado da criança na hora das refeições foi o único desafio de alimentação associado à qualidade da relação coparental.

O subsistema coparental recebe influencia do sistema conjugal e parental. Esse último pode ser representado através dos estilos parentais adotados pelos pais na educação dos filhos.

3.4 Estilos parentais

Com base na teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, pode-se afirmar que as mudanças ocorridas no macrosistema tem atravessado o cronossistema e provocado repercussões importantes na forma como os pais tratam os seus filhos. As crenças e atitudes dos pais sobre a criação

dos filhos é influenciada por valores culturais que se modificaram ao longo do século XX (Biasoli-Alves, 2002).

No início do século passado a educação fornecida pelos pais para as crianças era baseada em princípios religiosos. Além disso, os pais preconizavam o uso de punições severas para controlar o comportamento e garantir a obediência dos filhos (Biasoli-Alves-2002). Na década de 50 e 60 os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil da psicanálise e da psicologia começaram a influenciar as práticas educativas dos pais com os seus filhos, de modo que eles ainda consideravam importante controlar o comportamento da criança, porém com menor nível de rigidez (Biasoli-Alves, 2002). Nesse período também houve uma grande transformação no papel da mulher na sociedade. Elas começaram a trabalhar fora de casa, aumentaram a sua contribuição com a renda da família, puderam controlar o planejamento familiar, por meio, das pílulas anticoncepcionais (Lago; Souza; Kaszubowski & Soares, 2009). Essas mudanças imprimiram um novo perfil de família, na qual se percebe uma redução de desigualdade conjugal e maior igualdade na relação entre pais e filhos (Romanelli, 2003).

Em muitas famílias tem ocorrido uma maior divisão entre homens e mulheres em relação às tarefas domésticas e a educação dos filhos, ainda que essa divisão não ocorra de modo igualitário, porque as mulheres continuam sendo as principais responsáveis sobre esses afazeres (Marri & Wajnman, 2007). Existe uma diversidade de arranjos e estruturas familiares que refletem modos de funcionamento distintos, principalmente o papel do pai no contexto familiar tem sofrido alterações nas últimas décadas. Dessen e Lewis (1998) distinguem dois modelos de papel de pai: os tradicionais e os modernos. O primeiro modelo contempla o pai que tem o principal objetivo de prover os recursos, ou seja, ele trabalha fora de casa e dedica-se pouco nos cuidados com o filho. Já o segundo modelo contempla o papel moderno de pai que participa de uma forma mais conjunta com a mãe na divisão das tarefas domésticas e no provimento de cuidados aos filhos. O modelo tradicional tem sido observado principalmente em famílias de crianças com deficiência (Portes, Vieira, Faraco & Nuernberg 2017; Silva & Aiello, 2009).

O modo como os pais irão educar os filhos é influenciado pelas experiências vividas na sua família de origem e também por diversas características individuais dos mesmos e do contexto em que estão inseridos (Moraes, Camino, Costa, Camino & Cruz, 2007). As

características da criança também influenciam na interação entre pais e filhos e nas práticas educativas empregadas pelos cuidadores (Ceconello, De Antoni & Koller, 2003). Sendo assim, compreende-se que o conjunto de práticas educativas utilizadas pelos pais na interação com os filhos irá formar o estilo parental (Alvarenga & Piccinini, 2001; Carvalho & Gomide, 2005; Kobarg; Vieira & Vieira, 2010; Oliveira *et al.*, 2002; Piccinini, Frizzo, Alvarenga, Lopes & Tudge, 2007; Weber *et al.*, 2006).

Segundo Hoffman (1994), as práticas educativas estão associadas com as estratégias cotidianas utilizadas pelos pais na criação dos filhos. Por outro lado, os estilos parentais além de contemplar essas práticas, eles revelam alguns aspectos da cultura (valores e crenças) e da forma de comunicação dentro do contexto familiar, bem como do apoio emocional e do controle empregado nas interações pais e filhos. Além disso, os estilos parentais tendem a ser mais estáveis do que as práticas educativas (Baumrind, 1997; Reppold, Pacheco & Hutz, 2005). Os estilos parentais se referem a um repertório de comportamentos adotados pelos pais no processo de socialização dos filhos (Kobarg, Vieira, & Vieira, 2010). Esses estilos também se caracterizam pelo modo como os pais administram questões referentes ao poder e a hierarquia na relação com os filhos, o posicionamento diante de problemas disciplinares, ao controle do comportamento e a tomada de decisões (Hennigen, 1994).

Uma das primeiras pesquisas sobre os estilos parentais foi conduzida por Baumrind. Em 1966, a autora publicou um modelo classificatório de identificação de diferentes estilos denominados autoritativo, autoritário e permissivo. Os pais autoritativos se caracterizam por fornecer muito afeto aos filhos acompanhado de controle sobre o seu comportamento. Já os pais autoritários são conhecidos por utilizarem de estratégias arbitrárias de controle do comportamento dos filhos, também fazem uso de práticas punitivas para manter a obediência da criança. O terceiro estilo denominado como permissivo se caracteriza pelo esforço dos pais para não punirem o filho, atendem excessivamente as solicitações da criança e conseqüentemente essas estratégias contribuem para que ela perceba os pais como objetos para a sua realização e não exemplos a serem seguidos. Dentre os três estilos, o autoritativo é considerado o modelo ideal para promover o desenvolvimento da competência social e emocional das crianças e adolescentes (Ang & Goh, 2006; Baumrind, 1991; García & García, 2009; Tudge & Freitas, 2012).

O modelo classificatório dos estilos parentais proposto por Baumrind foi revisto por MacCoby e Martin (1983). Segundo os autores, os estilos parentais podem ser divididos em duas grandes dimensões educativas: responsividade e exigência. A responsividade se caracteriza por atitudes compreensivas, como as de apoio emocional dos pais com os seus filhos (Costa, Teixeira & Gomes, 2000). A dimensão exigência se refere a disponibilidade dos pais para atuarem como mediadores da socialização, estabelecendo práticas disciplinares de cobrança, supervisão e monitoramento do comportamento da criança (Pacheco, Silveira & Schneider, 2008). As autoras complementam que a dimensão da exigência esta relacionada com práticas consistentes e contingentes diante do comportamento inadequado da criança e não devem ser confundidas com práticas coercitivas e punitivas.

Segundo MacCoby e Martin (1983) a combinação dessas duas dimensões define os estilos parentais: autoritativo, autoritário e permissivos. Os pesquisadores propuseram uma subdivisão do estilo permissivo em indulgente e negligente. Esses estilos estão geralmente associados aos problemas de comportamento das crianças. O estilo indulgente se caracteriza por atitudes que demonstram alto grau de envolvimento afetivo, porém com pouca monitoração e controle parental. Por outro lado, o estilo negligente revela uma carência nas duas dimensões de apoio, não sendo nem exigentes e nem responsivos. Dessa forma, as crianças não possuem uma base segura nas figuras parentais de referência, em virtude de os cuidadores não monitorarem os seus comportamentos e estarem mais centrados nos próprios problemas do que nas tarefas de cuidado dos filhos.

O modelo de classificação dos estilos parentais foi novamente revisto, dessa vez pela pioneira Baumrind (1991). Com base nas dimensões utilizadas por MacCoby e Martin (1983) a autora classificou o comportamento parental em quatro estilos: democrático-recíproco; autoritário; permissivo e rejeitador-negligente. O primeiro estilo contempla os pais que possuem elevados níveis de exigência e responsividade. Esses pais possuem habilidades assertivas, de modo a direcionar o comportamento dos filhos, mas também permitem que a criança se posicione e compartilhe as suas discordâncias. Apesar disso, os pais com o estilo democrático-recíproco estabelecem regras claras e consistentes e reforçam os comportamentos positivos da criança e tomam atitudes para ajustar os comportamentos negativos (Baumrind, 1991).

O estilo autoritário abrange os pais que possuem uma elevada exigência e uma baixa responsividade. Os pais desse estilo procuram controlar o comportamento da criança, por meio de regras impostas de modo arbitrário. Eles são rígidos e não levam em consideração as opiniões da criança. Esses pais ressaltam a importância da obediência, bem como, utilizam de práticas punitivas e de reforçamento negativo para garantir o cumprimento das regras (Baumrind, 1991).

Por outro lado, os pais permissivos (semelhante a definição do estilo indulgente de Maccoby e Martin (1983) podem ser identificados por apresentarem baixos níveis de exigência e altos níveis de responsividade. Os pais são tolerantes, agem de uma maneira muito afetiva e receptiva aos desejos da criança e não utilizam de punições, não estabelecem regras e limites para o filho (Baumrind, 1991).

O último estilo denominado rejeitador-negligente (semelhante ao estilo negligente proposto por Maccoby e Martin (1983) contempla os pais que demonstram indiferença diante do seu papel parental, ou seja, apresentam baixos níveis de exigência e de responsividade. Esses pais não procuram monitorar o comportamento da criança e tampouco se envolvem com o processo de socialização da criança. Eles também demonstram distantes dos filhos e atendem somente as necessidades básicas da criança. Acredita-se que esse estilo parental pode revelar algum tipo de maltrato dos cuidadores (Baumrind, 1991).

Apesar da teoria de classificação do Estilos Parentais de Baumrind ser a mais utilizada no mundo, existem críticas importantes sobre a construção desse modelo teórico. Primeiramente a classificação dos estilos parentais foi desenvolvida a partir de amostras homogêneas constituídas por famílias de classe média europeias e americanas e com um bom nível de escolaridade. Além disso, alguns pesquisadores demonstraram que o estilo autoritativo não é a única forma de parentalidade adaptativa (Brody & Flor, 1998; Carpenter & Mendez, 2013).

Existem diferenças nos estilos parentais empregados pelo pai e pela mãe. O pai geralmente é associado como a figura de autoridade que irá estabelecer os limites e a disciplina e a mãe seria a responsável pelos cuidados e a segurança afetiva dos filhos (Padilla-Carlson, 1998). Frequentemente os comportamentos da mãe são mais atribuídos ao estilo autoritativo do que as atitudes parentais do pai, ou seja, as mulheres incentivam mais o diálogo, ao mesmo tempo em que procuram exercer o controle sobre o comportamento da criança. Por outro lado, o estilo autoritário, muitas vezes é atribuído ao pai, considerado como o

responsável pela imposição de regras e por utilizar de medidas punitivas para controlar o comportamento do filho (Gordon, 2000; Kaufmann *et al.*, 2000; Pedro, Carapito & Ribeiro, 2015; Webber, Viezzer & Brandenburg, 2003; Winsler, Madigan & Aquilino, 2005).

Outros autores Martin, Ryan & Brooks-Gunn (2007) discordam dessa diferença dos estilos parentais entre os pais e as mães. Os autores defendem a ideia de que os genitores possuem um estilo parental mais comum por conviverem juntos. Essas divergências na literatura apontam para a necessidade de maior investigação dessa lacuna.

Diversos estudos têm constatado que os estilos parentais apresentam relações com o comportamento e ao ajustamento sócioemocional da criança e do adolescente (Baumrind, 1991; Eisenberg *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2013), aos sintomas psicopatológicos externalizantes e internalizantes (Yahav, 2007), relações com os pares (Spera, 2005) ou desempenho acadêmico (Assadi *et al.*, 2007). Recentemente Cassoni (2013) realizou um levantamento sistemático e uma revisão crítica da literatura referente a estilos e práticas parentais. A autora buscou pelos termos “parenting style” AND “parenting practices” em bases de dados conhecidas como SciELO, PsycINFO, Science Direct e Web of Science. Ela utilizou um recorte do ano de 2006 até 2010 e estudos sobre as práticas parentais de crianças na faixa etária de 2 a 12 anos. Ao total foram encontrados 67 artigos na íntegra. Dentre os principais resultados destacam-se a utilização de práticas parentais coercitivas, como a punição física tem sido associada aos problemas de adaptação, comportamento, ajustamento emocional e baixa autoestima. Além disso, a investigação não revelou o panorama dos estudos sobre estilos parentais com famílias de crianças com deficiência, aparentemente aponta para uma carência de pesquisas nesse campo.

O estudo de revisão bibliográfica realizado por Macarini *et al.* (2010) corroboram com os resultados obtidos no último estudo, porque também revelou uma escassez de estudos no Brasil que investiguem as práticas educativas parentais com pais que tenham filho com deficiência, sendo ainda mais raro no caso de crianças com deficiência intelectual. Posteriormente Henn e Sifuentes (2012) também realizaram uma revisão bibliográfica e também constataram que nenhum estudo brasileiro teve como objetivo estudar os valores, atitudes e estilos parentais dos pais de crianças com deficiência.

3.4.1. Estudos sobre estilos parentais e autismo

Os primeiros pesquisadores a examinar a relação entre os estilos parentais e o desenvolvimento de crianças com autismo foram Siller e Sigman (2002). O estudo foi realizado com crianças que tinham o diagnóstico de autismo e média de 50 meses de idade. Eles descobriram que as mães ao utilizarem poucas estratégias de exigência para chamar atenção do filho com autismo poderiam favorecer o desenvolvimento de habilidades comunicativas no futuro.

A pesquisa de cunho comparativo de Rutgers *et al.* (2007) investigou 89 famílias de origem holandesa com crianças com idade média de 26,5 meses que foram diagnosticadas como TEA, Deficiência Intelectual ou Transtorno de Linguagem comparados com uma amostra não-clínica. Os pesquisadores investigaram o apego, estilo parental, eficácia parental, experiências parentais de aborrecimentos diários, suporte social e problemas psicológicos. Os pais das crianças sem uma condição clínica relataram níveis mais elevados de autoridade parental do que os pais de crianças com TEA e do grupo com outros transtornos.

O estudo de Watchel e Carter (2008) examinou a relação entre a aceitação da mãe quanto ao diagnóstico de TEA do seu filho e os estilos de interação materna, sintomas do autismo, competência da criança e depressão materna. Participaram 63 crianças com TEA entre 20 e 50 meses de idade e suas mães. Os resultados apontam que a relação entre a resolução dos sentimentos associados ao diagnóstico de uma criança com TEA pelas mães e o seu estilo de interação são mediados pela associação entre as características da criança e a depressão materna.

Outro estudo realizado com a população chinesa buscou investigar a relação entre os problemas de comportamento de crianças com autismo e os seus irmãos com o estilo parental. Participaram dessa pesquisa 151 crianças com diagnóstico de TEA, com idades entre 3 a 12 anos e 134 irmãos sem deficiência e também 113 crianças com desenvolvimento típico. Ambos os pais relataram seus estilos parentais e o seu estado psicológico e as mães também relataram sobre os problemas de comportamento das crianças. Os resultados do estudo indicaram que as crianças com autismo tinham problemas de comportamento graves e os pais apresentavam estilos parentais mais superprotetores e autoritários (Gau *et al.*, 2010).

Entende-se que as características comportamentais de uma criança com TEA podem interferir de forma negativa nos estilos parentais, devido as suas características comportamentais pode aumentar o comportamento de controle e proteção dos pais (Woolfson & Grant, 2006). Por sua vez, os estilos parentais negativos podem aumentar os

problemas de comportamento da criança com TEA (Gau *et al.*, 2010; Osborne, McHugh & Saunders, 2008; Wachtel & Carter, 2008). Um recente estudo exploratório por Lambrechts *et al.* (2011) mostrou que pais de uma criança com TEA (8-18 anos) relataram que eles usam menos punição e estimulam de forma mais explícita o desenvolvimento da criança e procuram adaptar o ambiente em comparação com os pais de uma criança sem TEA.

Uma investigação realizada com foco no autismo buscou explorar a influência combinada do efeito do diagnóstico de crianças com TEA e TDAH e crianças com desenvolvimento típico com as características do fenótipo comportamental do TEA e/ou TDAH dos pais nos estilos parentais. Ambos os genitores obtiveram uma pontuação significativamente mais alta que os dados da norma do instrumento PSDQ e constataram um predomínio do estilo permissivo nas crianças com algum diagnóstico. Aparentemente, os pais e mães da mesma forma, tendem a usar menos controle e punições em relação ao filho que tenha algum diagnóstico, possivelmente para evitar confrontos ou porque os pais podem desenvolver sentimentos de não serem capazes de influenciar o desenvolvimento da criança (Van Steijn *et al.*, 2013).

A relação entre o estilo de interação parental (responsivo *versus* diretivo) nas interações entre os pais de crianças com TEA foi o foco de investigação de Patterson, Elder, Gulsrud e Kasari (2014). Eles observaram as interações de 85 duplas criança-cuidador por meio de filmagens da interação numa brincadeira entre eles e aplicaram alguns questionários. As crianças tinham em média 31 meses de idade. Os resultados demonstram que iniciações de interação da criança e o comportamento social estão associados a responsividade parental.

A investigação dos estilos parentais utilizados pelos cuidadores chineses de crianças com diagnóstico de TEA foi o objetivo do estudo conduzido por Zhou e Yi (2014). Foram entrevistadas 28 famílias, sendo que a maioria dos participantes foram as mães. As crianças tinham em média 6,75 anos de idade. Para análise dos dados foi utilizada uma abordagem qualitativa, por meio do método da Grounded Theory. Os resultados revelaram padrões de estilos parentais que variavam em função dos papéis de cuidador e treinador intensivo para ajustar os comportamentos da criança, em busca da melhora do quadro prognóstico.

Uma pesquisa comparativa buscou investigar os comportamentos parentais de mães oriundas dos Países Baixos e da Bélgica de crianças e adolescentes com TEA (n = 552) e sem TEA (n = 437) e buscou

examinar a existência de uma associação entre os problemas de comportamento infantil e o comportamento dos pais. Os resultados demonstraram que as crianças com TEA apresentam mais problemas de comportamento. Apesar disso, as mães de crianças com TEA relataram escores significativamente menores em Regras e Disciplina e escores mais altos em parentalidade positiva do que as mães com filhos com desenvolvimento típico (Maljaars, Boonen, Lambrechts, Leeuwen & Noens, 2014).

A investigação de Hirschler-Guttenberg, Feldman, Ostfeld-Etzion, Laor e Golan (2015) buscou investigar a relação entre auto-regulação e a co-regulação do medo e da raiva em crianças pré-escolares com e sem TEA mediados pelo estilo parental e o temperamento materno. A pesquisa foi realizada com 80 famílias israelenses, sendo 40 de crianças com TEA e as demais com desenvolvimento típico. Para mensurar os estilos parentais os autores utilizaram do PSDQ - Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (Robinson *et al.* 2001). Os resultados obtidos revelaram que durante situações que evocam raiva ou frustração, o estilo autoritário da mãe previu tanto os esforços de autoregulação da criança como o uso das estratégias de coregulação da criança. Esta descoberta implica que um estilo autoritário de parentalidade torna mais difícil para uma criança com TEA confiar em sua mãe e usá-la como reguladora externa durante momentos de frustração. Por outro lado, na regulação do medo o estilo parental autoritativo desempenha um papel mais central na definição do comportamento regulatório de crianças com TEA. Embora, o estilo parental autoritativo não aumentou o comportamento de coregulação da criança com a mãe e aumentou os esforços de autoregulação da criança, sugerindo maiores dificuldades na regulação do estado emocional do medo.

A pesquisa de Hutchison, Feder, Abar e Winsler (2016) teve como objetivo examinar a relação entre o estresse parental, o estilo parental e as funções executivas da criança. A investigação foi realizada com 82 crianças e adolescentes com 7 a 18 anos de idade. A amostra era dividida em três grupos: 21 crianças com TDAH; 33 diagnosticadas com TEA e 28 com desenvolvimento típico (DT). Os resultados obtidos indicaram que as crianças com TDAH ou TEA tiveram maiores prejuízos nas funções executivas e seus pais relataram maior estresse e um maior uso do estilo parental permissivo, em comparação com crianças com DT.

Outro estudo comparativo foi realizado por Ventola, Lei, Paisley, Lebowitz e Silverman (2017) e teve como objetivo comparar o estilo parental de pais norte-americanos de crianças com TEA (n=48), Ansiedade (n=85) e desenvolvimento típico (DT) (n=26). De modo geral os pais de crianças com TEA e DT não apresentaram diferenças significativas no estilo parental. Contudo, as crianças com TEA apresentaram mais problemas de comportamento internalizante e externalizante quando comparadas aos demais grupos. Os sintomas externalizantes são os mais preocupantes, nesses casos os pais de crianças com TEA podem responder com maior controle parental e ser menos tolerantes.

A investigação de Riany, Cuskelly e Meredith (2017) teve como objetivo comparar os estilos parentais, o relacionamento pai-filho e o apoio social em pais indonésios de crianças com e sem TEA. Participaram 101 pais de crianças com TEA e 101 com desenvolvimento típico (DT). O instrumento utilizado para avaliar os estilos parentais foi o Parenting style and dimension questionnaire (PSDQ) (Bahasa Indonesian version). Os resultados mostraram que os pais de crianças com TEA eram mais autoritários do que os pais de crianças com DT, que por sua vez eram mais autoritativos. Presume-se que as características das crianças com TEA podem afetar o modo como os pais lidam com elas. Por isso, muitas vezes o emprego do estilo autoritário de parentalidade pode ser predominante para lidar com os problemas de comportamento e também como forma de gerenciar a sua dificuldade de comunicação com seus filhos (Ganz *et al.*, 2012).

3.4.2 Estudos sobre estilos parentais e outras deficiências

Uma pesquisa realizada com famílias chinesas foi conduzida por Gauet *al.* (2008) com o objetivo de relacionar características e estilos parentais a problemas de comportamento em crianças com Síndrome de Down e seus irmãos. A amostra foi constituída de 45 famílias com crianças com Síndrome de Down e pelo menos outro filho com desenvolvimento típico. As crianças com Síndrome de Down tinham entre dois e 14 anos e seus irmãos entre três e 18 anos. As crianças com SD apresentaram problemas de atenção e de pensamento, bem como problemas de socialização. Os autores destacaram que os pais possuem práticas educativas diferenciadas destinadas aos filhos com e sem a deficiência, caracterizadas principalmente por uma maior superproteção

dos filhos com Síndrome de Down em comparação a seus irmãos, especialmente pela mãe.

Um estudo comparativo com famílias brasileiras buscou investigar as práticas educativas parentais e o estresse parental enfrentado por pais que tenham filhos com desenvolvimento típico e atípico (deficiência intelectual e síndrome de Down) com idades entre 0 e 6 anos. O método incluiu análises descritivas e inferenciais, com a participação de 61 pais, divididos em três grupos para comparação. Dentre os resultados, destaca-se que os pais de filhos com SD utilizam estratégias de maior controle, maior supervisão da criança e controle da ansiedade do filho, caracterizando um perfil parental mais autoritário. Os pais de filhos com desenvolvimento típico apresentaram características de práticas educativas com perfil parental mais autoritativo, com estratégias que envolvem liberdade e expressão de afeto e incentivo à autonomia. Já os pais de filhos com deficiência intelectual, evidenciaram estratégias imprecisas. Os resultados apontaram que esses pais usam estratégias como baixa supervisão da criança, controle autoritário e maior indução à ansiedade (Minetto, Crepaldi, Bigras & Moreira, 2012).

O estudo realizado por Blacher, Baker e Kaladjian (2013) examinou como deficiências específicas podem afetar os comportamentos parentais de mães. Foram realizadas observações longitudinais do comportamento das mães quando as crianças tinham 3, 4, e 5 anos em atividades estruturadas e não estruturadas. Participaram 183 mães norte-americanas de crianças com TEA, paralisia cerebral, síndrome de Down, Transtorno do Desenvolvimento sem outra especificação e desenvolvimento típico. Os comportamentos parentais negativos foram maiores nas atividades estruturadas e maior em mães de crianças em todos os grupos com algum diagnóstico clínico em comparação com as mães de crianças com desenvolvimento típico. A parentalidade positiva foi superior em atividades não estruturadas, principalmente no grupo de mães de crianças com síndrome de Down. A parentalidade negativa apresentada pelas mães esteve fortemente relacionada com as características do desenvolvimento e do comportamento da criança.

Na pesquisa de Nam e Chum (2014) o foco de investigação foram os fatores que afetam o estilo parental em famílias com crianças em risco ou com atraso de desenvolvimento na Coreia do Sul. Este estudo concluiu que a idade das mães, o emprego da mãe, o apoio social e estresse parental foram preditores significativos para o estilo parental

entre as mães coreanas. As mães que são mais velhas recebem mais apoio, e experimentam níveis mais baixos de estresse mostram um estilo mais positivo parentalidade.

A pesquisa de Phillips, Conners, Curtner-Smith (2017) buscou comparar os estilos e as dimensões parentais nas mães de crianças com desenvolvimento típico (DT) e síndrome de down (SD). Participaram desse estudo 47 mães de crianças com DT e 35 mães de crianças com SD. Para avaliar os estilos parentais, foi aplicado o The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) (Robinson et al., 2001). Os resultados evidenciaram que as mães de crianças com SD utilizam principalmente o estilo parental permissivo quando comparadas as mães de crianças com DT e também usam menos o estilo parental autoritativo. A explicação para o predomínio do estilo permissivo se deve ao fato que dar a criança o que ela deseja elimina temporariamente o problema de comportamento, o que alivia o estresse por um curto período.

Outro estudo de origem asiática foi conduzido por Su, Cuskelly, Gilmore e Sullivan (2017) e teve como objetivo verificar as associações entre o estilo parental autoritativo e a competência e apoio social percebidos pelas mães (n=167) de crianças chinesas com deficiência intelectual e mães (n=119) de crianças com desenvolvimento típico. As crianças tinham em média 10 anos de idade. Para avaliar o estilo parental foi utilizado o PSDQ - Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (Robinson *et al.* 2001). Os prejuízos no desenvolvimento de uma criança aparentemente não afetam o provimento de carinho e o envolvimento das mães na parentalidade. As mães de crianças com deficiência intelectual relataram níveis similares de conexão e calor com seus filhos, como as mães de crianças com desenvolvimento típico. Embora, as mães de crianças com deficiência intelectual relataram utilizar com menos frequência o incentivo a autonomia da criança do que quando comparadas as mães de crianças com desenvolvimento típico, o que sugere o uso de estratégias mais diretivas pelas mães de crianças com deficiência.

Diante disso, nota-se que os estilos parentais sofrem influências diretas do comportamento da criança, bem como, da relação coparental de forma recíproca e recursiva. Por isso, a investigação desse fenômeno no contexto de famílias de crianças com desenvolvimento atípico, como no caso de TEA, permitindo uma ampliação da compreensão da dinâmica familiar em contextos específicos.

4. HIPÓTESES

A hipótese desse estudo é de que os estilos parentais e a coparentalidade tem relação com os problemas de comportamento das crianças com TEA. As hipóteses específicas deste estudo são:

1ª HIPÓTESE

A coparentalidade terá relação com o comportamento infantil. Mais especificamente, espera-se que a relação coparental, nas dimensões de acordo nas práticas parentais, satisfação com a divisão no trabalho, suporte na função parental e gestão conjunta das relações familiarestenha uma relação forte e positiva com as capacidades da criança e forte e negativa com as dificuldades da criança. Alguns estudos realizados com pais de crianças com desenvolvimento típico apoiam esses achados, Scott(2009) verificou que o suporte coparental apresenta uma associação com problemas de comportamento infantil. Uma relação positiva também foi encontrada entre sabotagem coparental e problemas de ajustamento infantil, especialmente no grupo de pais (Leroy *et al.*, 2013). Os problemas de comportamento internalizante/externalizante da criança também foram associados com a dimensão exposição a conflitos no relacionamento coparental (Barzel & Reid, 2011).

2ª HIPÓTESE

Os estilos parentais terão relação com o comportamento infantil. Devido aos estudos que destacam o maior nível de estresse parental em genitores de crianças com TEA, espera-se que os genitores das crianças com TEA adotem um estilo autoritário, conforme é apontado por diversos autores que realizaram pesquisas com os pais de crianças com TEA ou com outras condições clínicas (Blacher, Baker & Kaladjian, 2013; Gau *et al.*, 2008; Gau *et al.*, 2010; Hutchison *et al.*, 2016; Minetto *et al.*, 2012; Phillips, Connors & Curtner-Smith, 2017; Riany, Cuskelly & Meredith, 2017; Su *et al.*, 2017; Van Steijn *et al.*, 2013; Ventola *et al.*, 2017). Também se espera que a criança apresente maiores níveis de dificuldades de comportamento, até mesmo porquediversos pesquisadores têm observado que as crianças com TEA frequentemente apresentam altos níveis de problemas de comportamento em comorbidade ao transtorno (Bauminger, Salomon & Rogers, 2010; Gray, Keating, Taffe & Brereton, 2012; Hartley, Sikora & McCoy, 2008; Horiuchi *et al.*, 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek & Kanne, 2010).

3ª HIPÓTESE

A coparentalidade terá relação com os estilos parentais. Espera-se que as dimensões de acordo nas práticas parentais, satisfação com a divisão no trabalho, suporte na função parental e gestão conjunta das relações familiarestenha uma relação forte e positiva com o estilo autoritativo, conforme aponta o estudo com casais de crianças sem deficiência conduzido por Boing e Crepaldi (2016). Por outro lado, espera-se encontrar uma associação forte e positiva entre as dimensões de alto desacordo nas práticas parentais, insatisfação na divisão das tarefas pelo companheiro e sabotagem na função parental com estilos parentais diferentes adotados pelo casal. Boing & Crepaldi (2016) verificaram correlações entre as dimensões associadas à uma coparentalidade negativa e os estilos parentais autoritário e permissivo.

4ª HIPÓTESE

Os estilos parentais e a avaliação da relação coparental devem ser semelhantes entre o grupo de pais e de mães das crianças com TEA. Espera-se que os genitores que convivem no mesmo contexto devam compartilhar as mesmas características referentes as tarefas parentais. Martin *et al* (2007) defendem a ideia de que os genitores possuem um estilo parental mais comum por conviverem juntos.

5ª HIPÓTESE

Em virtude das características no diagnóstico e no prognóstico do TEA e dos sintomas de estresse parental mais elevados nos genitores dessa população, espera-se uma relação coparental com desacordo nas práticas parentais, sabotagem na função parental e insatisfação na divisão das tarefas acompanhada de um estilo parental autoritário e/ou permissivoBlacher, Baker & Kaladjian, 2013; Gau *et al.*, 2008; Gau *et al.*, 2010; Hutchison *et al.*, 2016; Minetto *et al.*,2012; Phillips, Connors & Curtner-Smith, 2017; Riany, Cuskelly & Meredith, 2017; Su *et al.*, 2017; Van Steijn *et al.*, 2013; Ventola *et al.*, 2017). Também é esperadoque as crianças com TEA tenham mais dificuldades do que capacidades quanto as suas habilidades comportamentais.Outras investigações internacionais que utilizaram o SDQ com pais de crianças com TEA em comparação a outras populações de crianças também observaram que elas apresentam menor nível de comportamento prosocial e mais problemas de comportamento (Horiuchi *et al.*, 2014; Iizuka *et al.*, 2010; Totsika *et al.*, 2011a; Totsika *et al.*, 2011b; Saito *et al.*, 2017).

5. MÉTODO

5.1 Delineamento da pesquisa

Essa pesquisa caracteriza-se como de caráter exploratória, descritiva e correlacional. Primeiramente como exploratória, pois realizará um levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tem experiências práticas com o problema pesquisado com o objetivo de investigar e distinguir conceitos e ideias sobre o fenômeno, possibilitando com base nos resultados atingidos neste estudo, vislumbrar outros problemas de pesquisa (Gil, 1999). Esta pesquisa também se configura como de caráter descritivo, porque tem o objetivo de descrever as características da população e do fenômeno estudado. Caracterizar-se também como correlacional, pois avaliará o grau de relação entre as variáveis desta pesquisa (Sampiere, Collado & Lucio, 2006). Para auxiliar numa compreensão aprofundada dos fenômenos optou-se por uma abordagem quali-quantitativa, na qual foi possível uma descrição dos fenômenos, bem como, a utilização de estatísticas inferenciais para compreender os fenômenos investigados e análise de conteúdo para os dados oriundos da entrevista e por fim uma análise integrada dessas duas abordagens metodológicas (Creswell, 2010).

O estudo também se caracteriza como transversal por analisar um momento específico, no espaço e no tempo atual, da trajetória de vida dos participantes (Sampiere Collado & Lucio, 2006). Esta pesquisa utilizou de fontes primárias para o acesso ao fenômeno investigado, pois o pesquisador abordou diretamente os sujeitos que atendem os critérios estabelecidos, por meio de entrevistas e questionários para investigação dos fenômenos psicológicos.

5.2 Participantes

A coleta de dados foi realizada no Centro Especializado em Reabilitação(CER). O serviço presta assistência para onze municípios de uma região no sul do Brasil. A Portaria nº793 de 24 de abril de 2012 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde destaca no Artigo 19 “O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território”. Esse serviço especificamente atende

preferencialmente crianças de 0 a 12 anos de idade, com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). O CER tem alguns tipos de enquadramento do usuário, ele pode ficar no mínimo três meses para avaliação no serviço e caso seja diagnosticado com TEA o tempo máximo de permanência para o tratamento é de um ano, posteriormente ele é encaminhado para a Unidade de Saúde Básica (UBS) de referência do seu município para dar continuidade ao acompanhamento. Portanto, todas as crianças que participaram dessa pesquisa já tinham passado pelo período mínimo de avaliação.

Participaram deste estudo 45 pais (idade média: 36,36 DP= 7,19) e 45 mães (idade média: 31,78 DP=5,92) totalizando 90 participantes. Como critério de inclusão, os casais deveriam ter um filho ou filha na faixa etária de 3 a 7 anos, com laudo diagnóstico, segundo os critérios do DSM-5, que contemple o 299.00 Transtorno do Espectro Autista (APA,2014). Estes pais e mães também deveriam ter tido essa criança focal após seus 18 anos de idade, e coabitar há pelo menos seis meses. Já os critérios de exclusão adotados foram que os genitores tivessem deficiência intelectual ou algum transtorno mental grave e persistente. A amostra dessa população se caracteriza como não probabilística e intencional, pois o pesquisador se dirigiu apenas as famílias de crianças com o diagnóstico Transtorno do Espectro Autista atendidas pelo serviço.

Foram excluídas da amostra 41 famílias, 14 foram desligadas do serviço ou receberam alta do atendimento, 10 famílias o pai se recusou a participar da pesquisa e 06 famílias os pais estavam separados e um dos membros não mantinha relação com a criança ou era uma família monoparental e 11 crianças foram excluídas da amostra porque a equipe do CER não concluiu o diagnóstico de TEA no período da coleta de dados. Geralmente a recusa dos homens era informada pela mãe ao pesquisador. Elas alegavam que o esposo não tinha tempo para responder aos questionários ou ele não se sentia à vontade.

Assim, efetivamente participaram dessa pesquisa 45 famílias de crianças com TEA. O foco foi o casal de pais (pai e mãe), sendo que a maioria eram genitores biológicos (n=41) e em outras famílias a mãe era a genitora biológica e o companheiro era o padrasto da criança-alvo (n=03) em apenas uma família os pais biológicos eram separados, mas compartilhavam o cuidado do filho com TEA. Quanto a idade das crianças, esta variou entre 36 e 92 meses (média de idade em meses: 59,07 DP= 17,35). Em relação ao sexo da criança, 86,7%(n=39) eram do sexo masculino. Quanto a situação escolar a maioria das crianças,

(n=41) frequentavam a escola regular e o serviço especializado e apenas(n=4) frequentava somente o serviço especializado, nesses casos se destacam as crianças com menos de 4 anos de idade.

A Tabela 1 exhibe informações quanto à composição familiar dos participantes. Observou-se que a maioria das famílias é do tipo nuclear (com pais e mães biológicos de todos os filhos).

Tabela 1. Composição familiar

Tipo de Família	%/ Frequência
Família nuclear com pais biológicos de todos os filhos	75,6% (34)
Família recasada com pais biológicos da criança-alvo	8,9% (4)
Família recasada com padrasto da criança-alvo	6,7% (3)
Família estendida com pais biológicos das crianças e outros parentes	6,7% (3)
Família estendida com a mãe, a criança-alvo e outros parentes	2,2% (1)

No que se refere ao número de pessoas que residem com a criança, obteve-se uma média de 3,82 (DP=0.75) por família. Em 44,44%(n=20) das famílias a criança com TEA é o único filho do casal. Das famílias que possuem mais filhos, 31,1% (n = 14), possui filhos em idade escolar de 7 a 16 anos, 6,7% (n = 3) têm filhos acima de 16 anos, 8,9% (n = 4) têm filhos na faixa etária de quatro a seis anos, e 8,9% (n = 4) têm crianças de zero a três anos.

Na Tabela 2 há informações sobre os cuidadores que auxiliam no cuidado das crianças pesquisadas quando elas não estão na escola. A mãe destaca-se como a principal cuidadora da criança com TEA quando esta não está na escola e/ou nas instituições, em seguida vêm as avós. Diante dos resultados, ressalta-se que o pai passa poucos períodos com a criança, em 5 famílias ele alternou com a mãe; em apenas uma família o pai ficou como o principal responsável pelos cuidados do filho e destaca-se outra família que trouxe o padrasto nessa função.

Tabela 2. Cuidadores que auxiliam no cuidado da criança com TEA

Variáveis sociodemográficas	%/ Frequência
Empregada ou Babá	4,4%(2)
Cuidador da criança fora da escola	
Mãe	48,9% (22)
Avós	11,1% (5)
Mãe ou Pai	11,1% (5)
Mãe ou Avó	8,9% (4)
Amigo/a	6,7% (3)
Pai, Mãe, Avó	4,4% (2)
Pai	2,2% (1)
Padrasto	2,2% (1)
Babá	2,2% (1)
Irmão	2,2% (1)

Apresentam-se na Tabela 3 os dados sobre a renda familiar. Constatou-se que 13 das 45 famílias possuem renda equivalente ao recebimento de aproximadamente 3 salários mínimos (valor atual - R\$954,00).

Tabela 3. Renda Familiar

Renda familiar	%/ Frequência
RS 501,00 a RS1.000,00	4,4% (2)
RS1.001,00 a RS1.500,00	4,4% (2)
RS1.501,00 a RS2.000,00	11,1%(5)
RS2.001,00 a RS 2.500,00	6,7% (3)
RS2.501,00 a RS3.000,00	28,9%(13)
RS3.001,00 a RS3.500,00	13,3% (6)
RS3.501,00 a RS4.000,00	6,7% (3)
RS4.001,00 a RS4.500,00	2,2% (1)
RS4.501,00 a RS5.000,00	6,7% (3)
RS5.001,00 a RS5.500,00	4,4% (2)
RS5.501,00 a RS6.000,00	4,4% (2)
RS6.501,00 a RS7.000,00	2,2% (1)
RS7.001,00 a RS7.500,00	2,2% (1)
Acima de RS7.501,00	2,2% (1)

Na Tabela 4 são apresentadas as informações sobre os pais e as mães quanto à escolaridade. Quanto à escolaridade do casal, esta apresentou certa variação entre os participantes; houve uma maior concentração no ensino médio completo para os pais, 42,2% (n = 19), e para as mães, 44,4% (n = 20).

Cabe destacar que todos os pais participantes exercem atividade remunerada, exceto dois que declararam estar desempregados. As profissões variaram entre professor, servidor público, pedreiro, vendedor, eletricista, empresário, carpinteiro, comerciante, torneiro mecânico, conferente, porteiro, gerente, auxiliar administrativo, gerente de vendas, aposentado, guarda municipal, técnico de enfermagem, pintor, vigilante, pastor, auxiliar de estoque, metalúrgico, auxiliar de manutenção, supervisor administrativo, caminhoneiro e bombeiro. Já com relação às mães, 42,2% (n = 19) declararam que são donas de casa. As demais profissões variaram entre faxineira, empresária, servidora pública, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, comerciante, costureira, auxiliar financeiro, vendedora, cabelereira, merendeira, auxiliar de estoque e jornalista.

Tabela 4. Caracterização da escolaridade dos pais e das mães

Variáveis	Pais %/Frequência	Mães %/ Frequência
Ensino fundamental incompleto	6,7% (3)	13,3% (6)
Ensino fundamental completo	20% (9)	6,7% (3)
Ensino médio incompleto	-----	11,1% (5)
Ensino médio completo	42,2%(19)	44,4% (20)
Ensino superior incompleto	17,8% (8)	8,9% (4)
Ensino superior completo	13,3% (6)	11,1% (5)
Pós graduação	-----	4,4% (2)

Com base nas informações apresentadas sobre a caracterização dos pais e mães das crianças com TEA, constatou-se que a mãe é a principal provedora dos cuidados destinados ao filho, 42,2% (n = 19) delas se dedicam em tempo integral à criança, o que não ocorre em nenhum dos casos dos pais, pois a maioria exerce atividade remunerada fora de casa. Todavia, a escolaridade de ambos os genitores variou entre os diferentes níveis, observando que a maioria possui ensino médio completo.

5.3 Instrumentos

Primeiramente foi aplicado um questionário elaborado pelo grupo de pesquisadores do NEPeDI para investigar dados sociodemográficos com apenas um dos genitores e depois foram aplicados os demais instrumentos com cada genitor separadamente. O fenômeno da coparentalidade foi avaliado por meio da Escala da Relação Coparental - ERC (*Coparenting Relationship Scale CRS*) (Feinberg, Brown & Kan, 2012). Os estilos parentais foram investigados através do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP) (Pedro *et al.*, 2015). O comportamento das crianças foi avaliado por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Por fim, foi aplicada uma entrevista semiestruturada elaborada pelo pesquisador para compreender a experiência dos pais diante do filho com TEA, bem como, para identificar os principais recursos e dificuldades encontradas pelos pais na criação dessas crianças. Abaixo seguem mais informações sobre cada um dos instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico (Anexo 1)

Esse questionário foi desenvolvido por pesquisadores vinculados ao NEPeDI e foi adaptado para as especificidades da população a ser pesquisada neste estudo. É composto por 15 questões concernentes a variáveis como: dados da família (cidade de residência, composição familiar, número de pessoas que moram na casa, idade e escolaridade dos membros da família); renda familiar (profissão, atividade atual, jornada de trabalho e valores dos rendimentos percebidos mensalmente pela família); presença de pessoa contratada para auxiliar nos cuidados com a casa e com a(s) criança(s) (empregada ou babá, por exemplo); uso de medicamentos por parte dos familiares; e características da habitação (número de cômodos e tipo de edificação). Além dessas informações, foi incluída uma questão que visa investigar os serviços especializados, que auxiliam na assistência destinada a criança com deficiência e a sua família e também foi incluída uma questão com o objetivo de investigar se a criança com deficiência frequenta algum tipo de instituição de educação formal (escolas) de ensino regular e/ou especializada para a população infantil com deficiência.

- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (Anexo 2)

O comportamento da criança foi investigado por meio da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire* - SDQ). Este instrumento foi desenvolvido em 1997 por Goodman e validado no Brasil por Fleitlich, Cartázar e Goodman (2000). O objetivo do questionário é investigar comportamentos, emoções e relações interpessoais de crianças e adolescentes, com idades entre os 4 e os 16 anos. É constituído por 25 itens divididos em cinco subescalas: hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento e comportamento pró-social, com cinco itens em cada subescala. O questionário possui três versões, uma destinada para professores, uma de auto-avaliação pelas próprias crianças/adolescentes (a partir de 11 anos) e outra respondida pelos pais, que será utilizada nessa pesquisa. Os participantes respondem por meio de uma escala Likert de 3 pontos variando entre falso (zero), mais ou menos verdadeiro (um) e verdadeiro (dois) para os comportamentos da criança nos últimos seis meses. Sua correção ocorre pela soma em cada dimensão, variando entre zero e 10, e pela soma dos quatro primeiros fatores num índice total de dificuldade entre zero e 40 pontos (Anexo 2). O SDQ possui evidências de validade em 21 países de 5 continentes no mundo, o que representa um alto grau de confiabilidade do instrumento para o rastreamento de comportamentos de crianças e

adolescentes em diferentes culturas (Saur & Loureiro, 2012). No Brasil o SDQ foi apresentado por Fleitlich, Cartázar e Goodman (2000) e a investigação das suas propriedades psicométricas foi conduzida por Woerner et al. (2004). Para a validação do instrumento no contexto brasileiro, ele foi aplicado numa amostra composta por pais e professores de 898 crianças e adolescentes de 7 a 14 anos (não clínica) e 87 crianças e adolescentes de uma clínica universitária (clínica). Por meio de procedimentos estatísticos, verificou-se a fidedignidade avaliada pelo alfa de Cronbach com valores para o escore total de dificuldades próximos a 0,80 para todas as versões testadas.

- Escala da Relação Coparental - ERC (*Coparenting Relationship Scale CRS*) (Feinberg, Brown, & Kan, 2012) (Anexo 3)

Esta escala foi construída com base na Teoria da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade (Feinberg, 2003). O instrumento é composto por 35 itens, numa escala de sete pontos de não verdadeiro (0) a completamente verdadeiro (6), exceto para a subescala *Conflito*, na qual as categorias de resposta variam de nunca (0) a muito frequentemente (6). As sete subescalas que compõem a CRS são divididas nos quatro domínios teóricos anteriormente descritos: a) Acordo coparental, com uma subescala (quatro itens); b) divisão de tarefas parentais, com uma subescala divisão do trabalho (2 itens); c) Suporte/sabotagem com as três subescalas: 1) apoio coparental (quatro itens), 2) reconhecimento da parentalidade do parceiro (sete itens), e 3) sabotagem coparental (seis itens); e d) Administração conjunta das interações familiares com as subescalas 1) exposição a conflitos (2 itens) e 2) proximidade coparental (cinco itens).

As evidências de validade revelam que em relação a fidedignidade o CRS obteve valores de alfa de cronbach entre 0,91 e 0,94 para homens e mulheres em transição para parentalidade. A avaliação da consistência interna das dimensões obteve valores acima de 0,75 em quatro fatores: Proximidade Coparental, Exposição ao Conflito, Suporte Coparental e Sabotagem Coparental, para homens e mulheres. Por outro lado, a dimensão Apoio Parental a confiabilidade materna variou entre 0,83 e 0,88, porém a paterna apresentou valores menores ou no limite do aceitável entre 0,61 e 0,71, assim como no fator Acordo Coparental variando entre 0,66 e 0,74 para homens e mulheres.

Atualmente não existe nenhuma medida de coparentalidade validada ou adaptada para o contexto brasileiro. A versão da ERC

utilizada nesse estudo é uma adaptação transcultural para o Brasil (Carvalho et al., no prelo).

- **Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP)**

O *Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP)* utilizado nessa pesquisa é uma versão portuguesa do *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) – Short Form* (Robinson et al., 2001). O PSDQ é um dos poucos instrumentos de avaliação dos estilos parentais com bons indicadores psicométricos (Locke & Prinz, 2002). Esse instrumento foi adaptado e validado para diversos países, como a Rússia (Hart, Nelson, Robinson, Olson, & McNeilly-Choque, 1998), China (Wu et al., 2002), Turquia (Önder & Gülay, 2009) e comunidades Afro-Americanas (Coolahan, McWayne, Fantuzzo, & Grim, 2002). O PSDQ possui uma versão validada em Portugal oriunda de uma retroversão do questionário original realizada por indivíduos bilíngues (Pedro et al., 2015), mas o instrumento ainda não possui evidências de validade para o contexto brasileiro. Todavia, pela aproximação linguística entre Brasil e Portugal optou-se pela utilização da versão portuguesa do QDEP. Além disso, os estudos com o PSDQ em diversos contextos culturais têm confirmado o modelo teórico da tipologia de Baumrind e constado valores de coeficiente mais baixos no estilo parental permissivo (Önder & Gülay, 2009; Olivary, Tabliabue & Confalonieri, 2013).

O instrumento possui duas versões, uma para a mãe e a outra para o pai. As versões são compostas pelos mesmos itens, a diferença está apenas na construção da frase em relação ao gênero do respondente. Na primeira parte do questionário o genitor irá responder o modo como age em relação ao seu filho (a) e na outra parte do instrumento ele irá dizer como é a atuação do parceiro(a) com o(a) filho(a).

A versão original desse instrumento é composta por 32 itens, divididos em três dimensões autoritativo, autoritário e permissivo. Na escala original os coeficientes de alfa de cronbach para cada dimensão são 0.86 (autoritativo), 0.82 (autoritário) e 0.64 (permissivo). Todos os itens do questionário variam numa escala do tipo Likert de cinco pontos que variam de 0 (nunca) e 5 (sempre). O instrumento também consegue revelar subdimensões dentro de cada tipo de estilo parental. Dentro do QDEP, o estilo parental tipo autoritativo é composto por 15 itens e esses são divididos igualmente entre as subdimensões de ligação, regulação e autonomia (p.ex., “Sou sensível às necessidades e sentimentos do meu filho” -Ligação). O estilo parental autoritário é constituído de 12 itens e

esses são distribuídos de forma equitativa entre as subdimensões coerção física, hostilidade verbal e punição (p.ex., “Castigo fisicamente o meu filho para o disciplinar” - Coerção física). A soma dos resultados oriundos das subdimensões permitem caracterizar as práticas parentais mais frequentes em cada estilo parental. Por fim, o estilo parental permissivo é composto por 5 itens (p.ex., “Cedo quando o meu filho faz birra). Nesse caso, todos os itens são somados e revelam o estilo parental do tipo permissivo.

A pesquisa de Pedro *et al* (2015) teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas e a validade fatorial do QDEP- versão portuguesa. A amostra foi composta por 2081 indivíduos portugueses (1085 mães; 996 pais) com filhos na faixa etária de 3 a 15 anos idade. Os resultados do alfa de Cronbach para cada uma das dimensões do instrumento revelou valores de consistência interna satisfatórias para a utilização em pesquisas (α Autoritativo = 0,88; α Autoritário = 0,73; α Permissivo = 0,62). Esse resultado demonstra uma adequação da versão portuguesa aos valores obtidos na escala original PSDQ (Robinson *et al.*, 2001). Além disso, a análise fatorial confirmatória corroborou para verificar a adequação da versão portuguesa com o modelo teórico de três fatores (autoritário, autoritativo e permissivo).

- Entrevista sobre o cuidado de filhos com TEA (Apêndice 1)

Esta entrevista semiestruturada foi construída pelo pesquisador desta pesquisa, tendo em vista a necessidade de dados qualitativos que retratem a experiência dos pais com um filho com TEA. O roteiro da entrevista está focado nos aspectos relacionados aos cuidados fornecidos pelos pais, bem como, as principais dificuldades enfrentadas na criação do seu filho. O instrumento foi baseado nas Dimensões de Coparentalidade (Feinberg, 2003) e no Roteiro para Entrevista sobre coparentalidade (NIEPED, 2006). O instrumento original possui trinta questões e nessa tese ele foi adaptado para apenas oito.

5.4 Procedimentos de coleta dos dados

Primeiramente foi realizado contato com a instituição especializada no atendimento dessa população. No contato inicial foi apresentada a proposta de pesquisa e solicitada autorização para a coordenadora do serviço para o acesso ao cadastro das crianças atendidas (Autorização Institucional – Apêndice 2). Após o

consentimento da instituição, uma emenda do projeto foi encaminhada ao Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Cabe ressaltar que esta pesquisa é continuidade do projeto “Envolvimento paterno no contexto familiar contemporâneo”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC), sob o parecer substanciado de nº 447.932, no dia quatro de novembro de 2013. Esse projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Posteriormente foi realizado um levantamento da população que se enquadra nos critérios de inclusão e exclusão. Com base nesta pré-seleção dos participantes, foi realizado pelo pesquisador o convite para participação neste estudo, por meio do contato telefônico ou pessoalmente com os pais quando eles estiverem aguardando o atendimento dos seus filhos na instituição.

Os pais que preencheram os critérios estabelecidos e aceitaram participar deste estudo foi agendado um horário e local de preferência deles, para a realização da coleta de dados. Esta estratégia teve o intuito de minimizar qualquer tipo de transtorno ao participante. Ainda assim, independentemente do local, buscou-se um ambiente propício e reservado para aplicação da pesquisa, tendo em vista interrupções e a própria privacidade do participante. Os locais mais comuns para a realização da pesquisa foram as dependências da instituição, principalmente nas salas de atendimento, seguido da residência familiar e, por último, o ambiente de trabalho.

No primeiro contato com os participantes o pesquisador explicava os objetivos e métodos da pesquisa. Havendo concordância na participação, o pesquisador solicitava a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 3) do pai e da mãe e dará seguimento com a aplicação dos instrumentos. A ordem de preenchimento dos instrumentos era a seguinte: (1) assinatura do TCLE, (2) Questionário Sociodemográfico, (3) Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP), (4) Escala da Relação Coparental - ERC, (5) Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ e 6) Entrevista sobre o cuidado de filhos com TEA. A aplicação de todos os instrumentos levava aproximadamente 50 minutos com cada participante. Apenas o questionário sociodemográfico foi aplicado em apenas um dos genitores. A entrevista foi aplicada de forma aleatória nos casais participantes da pesquisa, a cada quatro casais participantes, o quinto foi convidado a responder a entrevista, perfazendo um total de 9

casais entrevistados. Ressalta-se que muitos participantes se emocionaram ao responderem os instrumentos, principalmente os que participaram da entrevista. Nesses casos, o pesquisador procurou acolher os pais e verificou junto com o participante a rede de apoio disponível, principalmente quanto a possibilidade de atendimento psicológico no serviço especializado. Além disso, foi realizado contato com os psicólogos responsáveis pela assistência a essas famílias para ficarem atentos aos sintomas emocionais mobilizados na coleta de dados e também se possível prestar um atendimento psicológico.

A aplicação dos instrumentos seguiu os critérios da sua validação. O questionário sociodemográfico foi aplicado pelo pesquisador e as respostas foram anotadas por ele, no próprio instrumento. Por outro lado, a Escala da Relação Coparental - ERC, o Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ foram explicados ao participante e o instrumento foi fornecido para que o sujeito avaliasse as alternativas e marcasse a que mais se enquadra sobre o que ele (a) pensa de acordo com o que é solicitado em cada instrumento. Em alguns casos, os pais tinham algum prejuízo na visão, dificuldade na leitura ou na compreensão dos conteúdos dos instrumentos. Nesses casos, o pesquisador leu cada item e solicitava a resposta para o participante, em seguida marcava a resposta no instrumento.

Por fim, foi aplicado o roteiro de Entrevista sobre o cuidado de filhos com TEA pelo pesquisador. Esta entrevista foi gravada, por meio, de um gravador de voz e posteriormente as respostas foram transcritas na íntegra.

5.5 Análise e tratamento dos dados

A análise dos dados foi realizada tanto de forma quantitativa quanto qualitativa, visando atingir os objetivos propostos. As respostas do questionário sociodemográfico e das escalas SDQ, ERC e o QDEP foram analisadas com o auxílio do SPSS (Statistical Package for the Social Science – Pacote Estatístico para Ciências Sociais) versão 22.0 e R, por meio de análises estatísticas do tipo descritiva e inferencial não paramétrica.

Inicialmente foi realizada a limpeza dos dados através de estatística descritiva para examinar os valores máximos e mínimos e assim observar os valores que não condiziam com o esperado para cada uma das variáveis. Nos casos onde houve algum erro de digitação os valores foram corrigidos na planilha. Além disso, foi realizado o

tratamento dos missings nas escalas do QDEP, ERC e SDQ. Nesses casos, quando apareceram os missings esses foram substituídos pelas médias das dimensões por sujeito.

Também foi empregada uma análise de cluster hierárquica como uma forma de explorar os dados de modo a agrupá-los em subgrupos referentes as capacidades e dificuldades do comportamento da criança, esses valores foram obtidos a partir do SDQ respondida pelos casais. Para identificar diferentes perfis do comportamento das crianças foi utilizada a técnica de aglomeração hierárquica, esse método de análise consiste em uma série de sucessivos agrupamentos que permite obter uma homogeneidade dentro dos grupos e heterogeneidade entre eles. Essa análise exploratória permite a identificação de agrupamentos (clusters) possíveis. Esse tipo de análise da origem à um dendograma (diagrama bidimensional, em formato de árvore) que organiza os grupos de forma hierárquica, no qual cada ramo corresponde a um elemento e a raiz é o agrupamento de todos os elementos (James, Witten, Hastie, & Tibshirani, 2015). O critério Ward foi utilizado para aglomeração hierárquica dos dados, esse critério também é conhecido como mínima variância da distância euclidiana dos escores. Nesse tipo de critério a formação dos grupos se dá pela maximização da homogeneidade dentro dos grupos.

Posteriormente à identificação dos grupos pelos clusters do SDQ, realizou - se estatística descritiva das variáveis do QDEP e do ERC em função dos perfis do comportamento das crianças. Após a identificação dos perfis obtidos pela análise de clusters a intenção era realizar Modelos de Equações Estruturais, porém o número limitado da amostra não permitiu aplicar esse modelo e se optou por análises inferenciais não paramétricas dos dados brutos da amostra.

Em um segundo momento foi empregada uma abordagem qualitativa para análise dos dados oriundos da Entrevista sobre o cuidado de filhos com TEA. Os dados qualitativos oriundos da entrevista servirão para compreender as particularidades dessa população e principalmente complementar os dados obtidos com as escalas e questionários. As entrevistas foram transcritas e posteriormente empregou-se a análise categorial temática de conteúdo proposta por Bardin (2003). Quanto a esse tipo de análise, a autora define tema como uma “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (p.105). Assim, a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunica e cuja presença, ou frequência de

aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p.105).

As palavras e/ou expressões emitidas pelos participantes foram transcritas em um editor de texto. Em seguida, o pesquisador iniciou o procedimento de pré análise com uma leitura flutuante. Essa é considerada por um primeiro contato com o material coletado para se apropriar do conteúdo. A partir disso, a leitura dos dados se tornou mais clara e permitiu que as palavras e/ou expressões se encaixassem nas categorias. Ao final, realizou-se a análise propriamente dita e a categorização. A análise dessas entrevistas com os casais permitiu a construção de duas grandes categorias temáticas mais amplas obtidas a partir da entrevista, a saber: I. Dimensões de Coparentalidade (Feinberg, 2003); II. Influências na Adaptação Familiar (adaptado Schimdt, 2008).

A primeira grande categoria foi definida conforme as dimensões do modelo teórico da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade de Feinberg: *acordo ou desacordo nas práticas parentais; divisão do trabalho relacionado à criança; suporte/sabotagem da função coparental e gestão conjunta das relações familiares* (Feinberg, 2003).

Tabela 05 - Matriz Geral das Categorias e Subcategorias de Coparentalidade – Modelo de Feinberg

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	DEFINIÇÃO
ACORDO OU DESACORDO NAS PRÁTICAS PARENTAIS	1.Acordo nas práticas parentais 2.Desacordo nas práticas parentais	Diferenças e semelhanças dos pais (diáde parental) quanto aos valores, crenças e estilos parentais que irão interferir no desenvolvimento da criança
DIVISÃO DO TRABALHO	1.Tarefa do Pai 2.Tarefa da Mãe 3.Sentimento com relação à divisão	O modo como os cuidadores repartem as tarefas e responsabilidades relativas aos cuidados básicos da criança.
SUPORTE/SABOTAGEM	1.Apoio coparental 2.Reconhecimento da parentalidade do parceiro 3.Sabotagem coparental	Como os cuidadores se apoiam no seu papel parental, bem como, quando eles reconhecem a importância do outro nessa função e respeitam as suas decisões em prol da educação da criança. Por outro lado, alguns cuidadores podem manifestar críticas e comportamentos hostis em relação ao(a) companheiro(a).
GESTÃO CONJUNTA DAS RELAÇÕES FAMILIARES	1.Exposição a conflitos 2.Proximidade coparental	O modo como a diáde parental administra as interações familiares, os seus comportamentos, padrões de relacionamento e de comunicação.

Também foi utilizada uma outra grande categorização de forma adaptada do estudo de Schmidt (2008) sobre as Influências na

Adaptação Familiar. As categorias Autopercepção parental e Percepção do filho foram aproveitadas do estudo de Schmidt (2008). As categorias Preocupação com o contexto social e as subcategorias (formal/informal) da rede de apoio social foram criadas nessa tese, devido a emergência desses conteúdos nas entrevistas com os participantes.

Tabela 06 - Matriz Geral das Categorias e Subcategorias das Influências na Adaptação Familiar

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	DEFINIÇÃO
AUTOPERCEÇÃO PARENTAL	1. Autopercepção paterna 2. Autopercepção materna	O modo como os pais percebem-se enquanto pais, exercendo a parentalidade. Cada cônjuge descreveu-se através de aspectos positivos e negativos.
PERCEÇÃO DO FILHO	1. Características pessoais 2. Autismo 3. Potencialidade vs Comprometimento	Essa categoria é definida pela percepção dos pais sobre os filhos com TEA. Estão incluídas, a percepção sobre características pessoais da criança, os principais sintomas do TEA (prejuízo na comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades), e a percepção de potencialidades versus comprometimentos, ou seja, o destaque para algumas habilidades que funcionam de modo a superar algumas dificuldades desenvolvimentais.
PREOCUPAÇÃO COM O CONTEXTO SOCIAL	1. Sociedade 2. Escola	Preocupações dos pais que a criança sofra algum tipo de preconceito na sociedade ou não seja efetivamente incluída no contexto escolar
REDE DE APOIO SOCIAL	1. Formal (Institucional) 2. Informal (internet, TV, comunidade, família)	A percepção das famílias sobre a sua rede de apoio social e a sua origem (formal ou informal).

Por fim, realizou-se uma análise complementar dos dados quantitativos e qualitativos, buscando uma integração das análises para se obter uma melhor compreensão sobre a complexidade dos fenômenos investigados.

6. RESULTADOS

6.1 – Análise de clusters - Caracterização dos perfis de comportamento das crianças com TEA

Inicialmente será apresentada uma caracterização da amostra pelos perfis de comportamento das crianças. Esses perfis foram obtidos a partir do SDQ aplicado com os pais. Para isso, foi aplicada a técnica de aglomeração hierárquica da análise de cluster com o objetivo de identificar diferentes perfis do comportamento das crianças. Cabe ressaltar que a escolha pela divisão por meio dos perfis de comportamento da criança foi proposital. Todavia, entende-se que o comportamento parental e o da criança estão numa relação bidirecional, mas os estudos na área do desenvolvimento têm demonstrado que as crianças com TEA apresentam mais problemas de comportamento do que as crianças com outros transtornos ou com desenvolvimento típico. Portanto, a formação dos clusters baseados no perfil de comportamento das crianças parece mais apropriada. O dendrograma obtido pode ser conferido no gráfico abaixo.

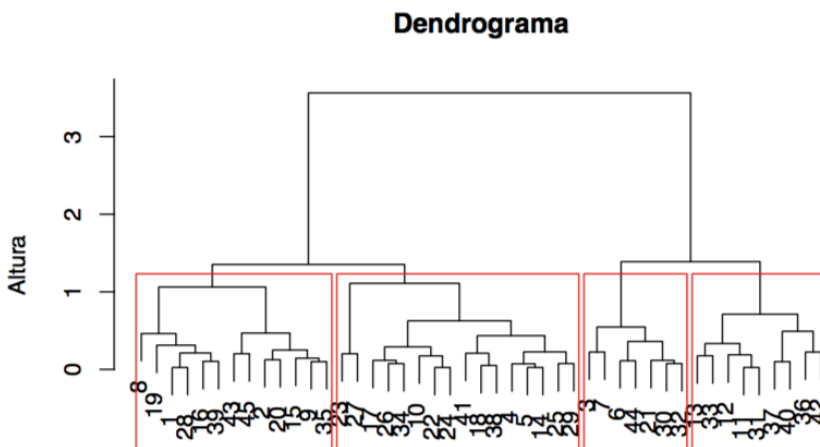


Figura 1: Dendrograma obtido pela clusterização hierárquica dos dados

No dendrograma considera - se que a semelhança entre os grupos é medida pela altura da linha vertical, quanto mais próximo da base maior há similaridade entre os sujeitos. A escolha do ponto de corte tende a ser aleatória. Nesse estudo, optou - se pelo valor 15,

identificando - se quatro perfis de comportamento das crianças dentro das duas dimensões (dificuldades e capacidades) do SDQ.

O valor médio dos fatores das capacidades e dificuldades de comportamento de cada perfil pode ser conferido na Tabela 7. Para tornar a comparação entre perfis mais intuitiva, os escores foram centralizados em zero e reescalados para desvio - padrão igual a um (James *et al.*, 2015).

Tabela 7 - Médias dos escores padronizados em função do cluster das duas dimensões do SDQ

strut	clusters							
	1		2		3		4	
	Média	N	Média	N	Média	N	Média	N
	mean		mean		mean		mean	
<i>SDQ_dificuldades_da_criança</i>	0.861	13	-0.363	7	-0.729	16	0.335	9
<i>SDQ_comportamento_prosocial</i>	0.685	13	-0.540	7	0.575	16	-1.593	9

Na Figura 2 pode-se observar a distribuição dos participantes nos quatro perfis de comportamento. O cluster 1 representa o grupo de crianças que apresentam muitas dificuldades de comportamento ao mesmo tempo que também habilidades de comportamento prossocial. O cluster 2 se refere as crianças com indicadores limítrofes de dificuldades comportamentais e habilidades prossociais. O cluster 3 é formado pelas crianças com maiores habilidades de comportamento prossocial e poucas dificuldades de comportamento. Esse último perfil chama a atenção porque tem o maior número de sujeitos e também porque não é esperado que crianças com TEA tenham altos índices de habilidades sociais. Por fim, o cluster 4 representa as crianças com limitações no comportamento prossocial e indicadores mais elevados de dificuldades de comportamento. Esse grupo pode ser considerado o mais preocupante porque apresenta muitos problemas de comportamento e aparentemente não possui um repertório comportamental que neutralize essas dificuldades.

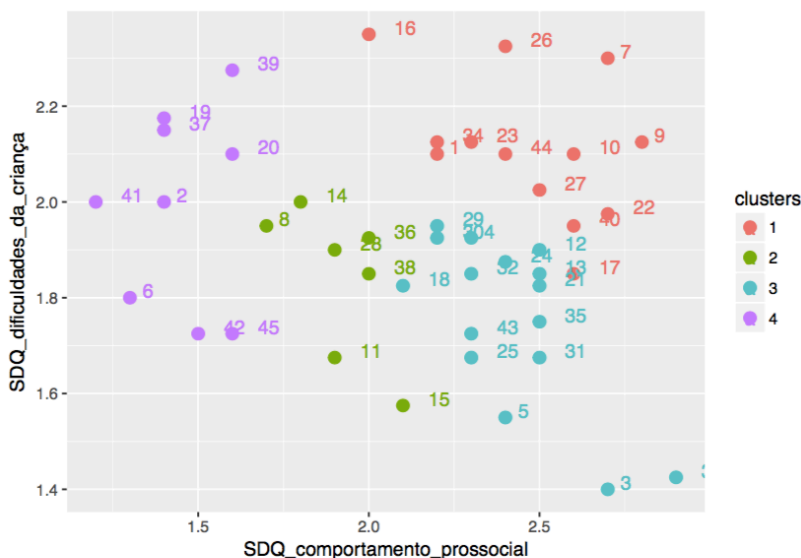


Figura 2: Gráfico de dispersão da classificação das crianças e seus escores no SDQ

Os perfis de comportamento das crianças foram relacionados com as médias obtidas nas variáveis do ERC e do QDEP, cujos resultados seguem nas tabelas 8 e 9, respectivamente.

Tabela 8 – Médias dos escores padronizados das dimensões do ERC

strut	clusters			
	1 Média	2 Média	3 Média	4 Média
<i>ERC_M_Acordo</i>	-0.4743	0.08008	0.12332	0.40360
<i>ERC_M_Proximidade</i>	0.0563	-0.27116	0.18043	-0.19121
<i>ERC_M_conflito</i>	0.3243	0.30891	-0.37238	-0.04667
<i>ERC_M_suporte</i>	-0.1359	0.15092	-0.02386	0.12133
<i>ERC_M_sabotagem</i>	0.3367	-0.28452	-0.17773	0.05097
<i>ERC_M_reconhecimento_parentalidade_parceiro</i>	-0.2835	-0.09104	-0.01076	0.49949
<i>ERC_M_divisão_tarefas</i>	0.0154	0.33427	-0.31924	-0.28535
<i>ERC_P_Acordo</i>	-0.1988	0.29005	0.12440	-0.15959
<i>ERC_P_Proximidade</i>	-0.0655	0.52573	0.13428	-0.55308
<i>ERC_P_conflito</i>	0.5033	-0.14168	-0.47735	0.23177
<i>ERC_P_suporte</i>	0.1615	-0.03871	0.23279	-0.61698
<i>ERC_P_sabotagem</i>	0.4505	-0.13314	-0.22307	-0.15058
<i>ERC_P_reconhecimento_parentalidade_parceiro</i>	0.1051	-0.29466	0.28396	-0.42740
<i>ERC_P_divisão_tarefas</i>	-0.1514	0.17107	-0.17191	0.39125

Legenda: ERC_P = pai / ERC_M=mãe

Verifica-se que o primeiro perfil é caracterizado por mães que apresentam níveis baixos de acordo, reconhecimento da parentalidade do parceiro e suporte e níveis mais elevados principalmente de conflito e sabotagem acompanhados de proximidade e divisão das tarefas. Os pais desse perfil apresentam médias negativas em acordo, proximidade e divisão de tarefas e maiores índices de conflito e sabotagem- sendo as maiores médias dentre os quatro perfis. Apesar disso, apresentam um pouco de suporte e reconhecimento da parentalidade da parceira. Esse perfil chama a atenção porque as crianças apresentam os maiores índices de problemas de comportamento e tanto os pais como as mães concordam que a relação coparental é atravessada por altos índices de conflito e sabotagem.

No segundo perfil observa-se que as mães apresentam médias negativas em proximidade, sabotagem, reconhecimento da parentalidade do parceiro e níveis mais elevados de conflito, divisão das tarefas, suporte e acordo parental. Por sua vez, os pais desse perfil apresentam os níveis mais baixos de conflito e mais elevados de proximidade na relação quando comparados com os demais perfis. Esse resultado é divergente ao apresentado pelas mães desse perfil. Eles também apresentam índices mais elevados em acordo e divisão das tarefas e médias negativas em suporte, sabotagem e reconhecimento da parentalidade da parceira. As crianças desse perfil apresentam níveis limítrofes de dificuldades comportamentais e habilidades prossociais. Essa divergência na percepção da relação coparental dos pais e das mães também pode afetar a ampliação das habilidades prossociais das crianças.

O terceiro perfil é composto por crianças com poucos problemas de comportamento e indicadores mais elevados de habilidades de comportamento prossocial. Essas características da criança parecem influenciar na percepção da relação coparental dos genitores, porque as mães e os pais apresentam os menores índices de conflito quando comparados com os demais perfis. Esse grupo de mães também apresentam médias negativas em sabotagem, divisão das tarefas, suporte e reconhecimento da parentalidade do parceiro, apesar que as duas últimas dimensões estão muito próximas de zero, o que poderia se dizer que estão na média. As mães desse perfil apresentam médias mais elevadas em acordo e proximidade, sendo essa última dimensão a mais alta dentre os quatro perfis. Os pais concordam com as suas parceiras com os níveis mais elevados nas dimensões de acordo e proximidade, mas divergem quanto as dimensões de suporte e reconhecimento da

parentalidade da parceira porque apresentam médias positivas. Esse grupo de pais também apresentam os menores índices de conflito, sabotagem e divisão de tarefas quando comparados aos demais perfis.

Por fim, no último perfil as mães apresentam médias negativas apenas nas dimensões proximidade e conflito. Além disso, o que chama a atenção nesse grupo são os altos índices de acordo e reconhecimento da parentalidade do parceiro apresentado pelas mães – considerado o mais elevado quando comparados aos demais perfis. Elas também apresentam médias positivas nas dimensões suporte, divisão de tarefas e sabotagem. Por outro lado, os pais desse perfil se destacam pelos níveis negativos de proximidade, suporte e reconhecimento da parentalidade da parceira- sendo os mais baixos quando comparados aos quatro perfis. Os pais também apresentam médias negativas para acordo e sabotagem. As dimensões com os maiores índices são conflito e divisão de tarefas, sendo essa última a mais elevada quando comparada com os demais perfis. As divergências na percepção do casal principalmente no que se refere ao conflito, suporte, acordo parental e ao reconhecimento da parentalidade do parceiro e os níveis baixos de proximidade podem favorecer a o aparecimento ou até mesmo a manutenção das dificuldades de comportamento dos filhos com TEA. Além disso, essas características da relação coparental não favorecem a promoção de habilidades do comportamento prossocial. Por outro lado, pode-se dizer que o perfil comportamental dessas crianças também possa estar influenciando a qualidade da relação coparental.

Tabela 9– Médias dos escores padronizados das dimensões do QDEP

strut	clusters			
	1 Média	2 Média	3 Média	4 Média
<i>QDEP_Mã_Mã_Autoritativo</i>	0.17670	0.0228	-0.0103	-2.55e-01
<i>QDEP_Mã_Pai_Autoritativo</i>	0.01972	0.1698	-0.0924	3.64e-03
<i>QDEP_Pai_Pai_Autoritativo</i>	0.02271	0.4729	0.2221	-7.95e-01
<i>QDEP_Pai_Mã_Autoritativo</i>	0.22983	0.2741	0.0757	-6.80e-01
<i>QDEP_Mã_Mã_Autoritario</i>	-0.22480	-0.2419	-0.0614	6.22e-01
<i>QDEP_Mã_Pai_Autoritario</i>	-0.05445	-0.1784	0.1767	-9.67e-02
<i>QDEP_Pai_Pai_Autoritario</i>	0.20293	-0.0371	-0.3721	3.97e-01
<i>QDEP_Pai_Mã_Autoritario</i>	-0.00501	0.1833	-0.3309	4.53e-01
<i>QDEP_Mã_Mã_Permissivo</i>	0.26045	0.2871	-0.2576	-1.42e-01
<i>QDEP_Mã_Pai_Permissivo</i>	0.05060	-0.0646	0.1529	-2.95e-01
<i>QDEP_Pai_Pai_Permissivo</i>	0.57465	0.2668	-0.5836	1.83e-16
<i>QDEP_Pai_Mã_Permissivo</i>	0.41375	-0.0770	-0.5644	4.66e-01

O QDEP possui duas versões, a primeira o pai/mãe responde sobre si e na outra parte ele responde sobre a percepção que tem do estilo parental do(a) parceiro(a). Verifica-se que no primeiro perfil as mães possuem uma percepção do seu estilo parental como permissivo, seguido pelo autoritativo e com níveis negativos do estilo autoritário. A percepção delas sobre o estilo parental do companheiro é semelhante a que elas possuem de si. Por sua vez, os pais também demonstraram um domínio do estilo permissivo. Mas no caso deles, o estilo autoritário também apresentou uma média mais elevada, e por último o estilo autoritativo. Os pais também acreditam que as suas companheiras utilizem mais de um estilo permissivo, seguido pelo estilo autoritativo e apresentam índices baixos do estilo autoritário.

No segundo perfil observa-se que as mães apresentam resultados semelhantes as mães do primeiro perfil com médias mais elevadas para o estilo permissivo e autoritativo e médias negativas para o estilo autoritário. A percepção sobre os companheiros é diferente, o estilo parental autoritativo obteve uma média mais elevada do que os demais estilos que tiveram índices negativos. Os pais apresentaram a média mais elevada para a percepção do próprio estilo como autoritativo quando comparados aos demais perfis. Além disso, também apresentaram média elevada para o estilo permissivo e um índice negativo para o estilo autoritário. Eles também acreditam que as suas companheiras utilizem mais o estilo autoritativo, seguido pelo autoritário e com índices negativos para o estilo permissivo.

As mães do terceiro perfil demonstraram o menor índice do estilo parental permissivo quando comparadas aos demais perfis e também apresentaram índices negativos para os estilos autoritário e autoritativo, sendo esse último muito próximo de zero, o que sugere estar dentro da média. Por outro lado, as mães acreditam que os seus companheiros apresentem estilos mais autoritários e permissivos e com índices negativos do estilo autoritativo. Os pais obtiveram os níveis mais baixos sobre a percepção de si nos estilos permissivo e autoritário quando comparados aos quatro perfis e apresentaram índices positivos para o estilo autoritativo e os mesmos resultados são observados no que se refere a percepção que os pais têm do estilo parental da sua companheira.

No último perfil, tanto as mães quanto os pais demonstraram uma percepção do próprio estilo parental com os níveis mais baixos do estilo autoritativo e a maior média para o estilo autoritário quando comparados aos demais perfis. Além disso, também demonstraram uma média

negativa do estilo permissivo. A percepção delas sobre o estilo parental dos companheiros obteve médias negativas para o estilo permissivo e autoritário e níveis mais elevados para o estilo autoritativo. Por outro lado, os pais obtiveram resultados divergentes sobre a percepção do estilo parental da companheira, eles obtiveram médias mais elevadas para os estilos autoritário e permissivo e um índice negativo para o estilo autoritativo.

6.2 – Comparação dos grupos de pais e mães sobre os estilos parentais, coparentalidade e o comportamento da criança e análise de correlação entre as variáveis.

Os dados de comparação das médias entre os grupos de pais e mães foram analisados por meio do Teste de Mann-Whitney, usado por entender que, primeiramente, não se tinha uma homogeneidade na distribuição dos dados da amostra. Da mesma forma, como se optou por uma análise não paramétrica, utilizou-se também do Teste de Friedman (equivalente ao ANOVA para amostras relacionadas) para analisar a diferença entre as dimensões dentro de cada grupo. Devido ao tamanho da amostra não ter uma distribuição normal que permita realizar a análise de correlação de Pearson, por isso foi empregado o teste de Spearman para verificar a correlação entre as variáveis.

Na Tabela 10 é apresentado a média e o desvio padrão de todas as dimensões do SDQ para os dois grupos e o valor de p na última coluna se refere a comparação entre os grupos (Teste Mann-Whitney) e o valor de p da última linha descreve a comparação das dimensões dentro de cada grupo (Teste de Friedman).

Tabela 10 - Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste Mann-Whitney e Friedman das dimensões do SDQ

Dimensões SDQ	Pais (n=45)	Mães (N=45)	valor-p
Sintomas Emocionais	1,60 (0,39)	1,76 (0,45)	0,07
Problemas de Conduta	1,67 (0,31)	1,80 (0,40)	0,12
Hiperatividade	2,35 (0,46)	2,44 (0,39)	0,38
Problemas de relacionamento com pares	1,77 (0,38)	1,96 (0,42)	0,05*
Comportamento prossocial	2,16 (0,46)	2,15 (0,54)	0,96
valor-p	0,001**	0,001**	

* <0,05/ ** <0,001

A comparação entre os grupos evidenciou que os pais e as mães não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) sobre a percepção que eles têm acerca do comportamento da criança, tanto das dificuldades quanto do comportamento pró-social, exceto para os problemas de relacionamento com os pares, o qual aparentemente as mães acreditam que os seus filhos apresentam mais essa dificuldade do que os pais ($p < 0,05$). Conforme as normas de interpretação dos escores do SDQ, os valores obtidos nessa amostra nas dimensões sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com os pares não denotam em dificuldades comportamentais consideradas problemáticas. Por outro lado, o comportamento pró-social está abaixo da média da tabela normativa do instrumento, o que já era de se esperar de uma população de crianças com TEA, devidos as principais dificuldades estarem relacionadas com um prejuízo nas habilidades de comunicação e interação social. Apesar das dificuldades comportamentais não serem consideradas anormais conforme as normas de interpretação do SDQ, ao se realizar o Teste de Friedman ($p < 0,001$) constatou-se que há uma variabilidade dentre as dificuldades segundo os pais e as mães, sendo que o comportamento de hiperatividade é considerado o mais elevado na população pesquisada.

Na Tabela 11 constam os valores de média e desvio padrão do QDEP. A tabela está dividida nos estilos parentais percebidos pelo pai/mãe sobre o próprio comportamento parental e na outra parte os estilos parentais atribuídos pelo respondente ao(a) seu(sua) companheiro(a). Nas duas situações o valor de p na última coluna se refere a comparação entre os grupos (Teste Mann-Whitney) e o valor de p da última linha descreve a comparação das dimensões dentro de cada grupo (Teste de Friedman).

Tabela 11 - Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste Mann-Whitney e Friedman dos estilos parentais do QDEP

	Pais (n=45)		Mães (n=45)		valor de p	
	Si	Si	Companheira	Companheiro		valor-p
Autoritativo	3,65 (0,55)	3,84 (0,48)	0,08	3,85 (0,56)	3,67 (0,68)	0,31
Autoritário	1,63 (0,45)	1,71 (0,45)	0,46	1,70 (0,65)	1,80 (0,50)	0,14
Permissivo	2,17 (0,85)	2,23 (0,82)	0,69	2,36 (0,91)	2,27 (0,81)	0,7
valor-p	0,001**	0,001**		0,001**	0,001**	

** $p < 0,001$

Por meio do Teste Mann-Whitney pode-se verificar que a visão do respondente sobre o próprio estilo parental não teve diferença estatisticamente significativa nos três estilos protótipos ($p>0,05$). O mesmo aconteceu quando se comparou a percepção sobre o estilo parental do(a) companheiro(a) entre os casais ($p>0,05$). Ao examinar as diferenças nos três estilos na perspectiva do respondente obteve-se uma diferença estatisticamente significativa tanto no grupo de pais quanto no grupo de mães ($p<0,001$). Esse resultado também se repetiu ao se verificar a visão do respondente sobre a percepção do(a) parceiro(a). Esses resultados revelaram que há uma variabilidade no tipo de estilo parental e que em todos os casos o estilo mais frequente é o tipo Autoritativo na visão dos respondentes sobre si e na visão deles sobre o comportamento do seu(sua) companheiro(a), o que significa o estabelecimento de regras claras e consistentes e a utilização do reforço dos comportamentos positivos da criança e o controle dos comportamentos negativos. Cabe salientar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) ao se comparar a visão do estilo parental do respondente com a percepção do estilo parental do(a) companheiro(a), ou seja, não há diferença na visão dos casais sobre o estilo parental que conferem a si e o estilo atribuído pelo(a) seu(sua) companheiro(a).

Para aprofundar a reflexão sobre as relações entre as dimensões do QDEP optou-se pela utilização da análise de correlação de Spearman (Tabela 12). As correlações fracas <0.4 não serão discutidas por entender que elas não são representativas sobre a relação entre os fenômenos.

Tabela 12- Correlação de Spearman dos estilos parentais do QDEP

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Autoritativo Mãe Si	1.0	0,54**	-0,14	-0,06	-0,04	-0,02	-0,30*	-0,16	0,17	-0,08	-0,05	0,06
2 Autoritativo Mãe Companheiro	0,54**	1.0	0,07	0,01	0,09	-0,2	-0,25	-0,18	-0,22	-0,12	0,02	0,16
3 Autoritativo Pai Si	-0,14	0,07	1.0	0,66**	-0,18	0,03	-0,16	-0,17	0,05	0,35*	0,02	-0,08
4 Autoritativo Pai Companheira	-0,06	0,01	0,66**	1.0	-0,13	0,09	-0,14	-0,14	0,12	0,18	0,08	-0,01
5 Autoritário Mãe Si	-0,04	0,09	-0,18	-0,13	1.0	0,39**	0,39**	0,42**	0,15	0,18	0,31*	0,19
6 Autoritário Mãe Companheiro	-0,01	-0,2	0,03	0,09	0,39**	1.0	0,38*	0,31*	0,44**	0,2	-0,11	0,2
7 Autoritário Pai Si	-0,30*	-0,25	-0,16	-0,14	0,39**	0,38*	1.0	0,76**	0,03	-0,04	0,22	0,2
8 Autoritário Pai Companheira	-0,16	-0,18	-0,17	-0,14	0,42**	0,31*	0,76**	1.0	0,1	0,1	0,23	0,17
9 Permissivo Mãe Si	0,17	-0,22	0,05	0,12	0,15	0,44**	0,03	0,1	1.0	0,29	0,32*	0,2
10 Permissivo Mãe Companheiro	-0,08	-0,12	0,35*	0,18	0,18	0,2	-0,04	0,1	0,29	1.0	0,1	-0,21
11 Permissivo Pai Si	-0,05	0,02	0,02	0,08	0,31*	-0,01	0,22	0,23	0,32*	0,1	1.0	0,58**
12 Permissivo Pai Companheira	0,06	0,16	-0,08	-0,01	0,19	0,2	0,2	0,17	0,2	-0,21	0,58**	1.0

* $p<0,05$ ** $p<0,001$

A correlação mais forte encontrada nessa análise ($r= 0,76$ $p<0,001$) foi entre o estilo parental autoritário do Pai e a atribuição desse estilo à sua companheira. Os pais acreditam que quanto mais eles utilizam do modelo autoritário mais as suas companheiras apresentariam

a mesma tendência no comportamento parental. Outra correlação forte ($r= 0,66$ $p<0,001$) também foi encontrada nas respostas do grupo de pais, dessa vez foi entre a percepção do pai sobre o seu estilo autoritativo e o mesmo estilo atribuído a sua companheira, ou seja, quanto mais o pai acredita que ele adota esse modelo de estilo parental ele também afirma que a sua companheira utiliza desse modelo. Dentre as correlações de força moderada se destaca a relação entre o estilo permissivo adotado pelo pai e esse estilo atribuído à sua companheira na visão dele ($r= 0,58$ $p<0,001$).

No grupo de mães tiveram algumas correlações de força moderada ($r= 0,54$ $p<0,001$), como no caso da visão da mãe sobre o seu estilo parental como autoritativo e a visão que ela tem desse estilo no seu companheiro. A análise revelou que quanto mais a mãe atribui a si o estilo autoritativo mais ela acredita que o seu companheiro utilize do mesmo estilo. Outra correlação no grupo de mães foi encontrada entre a percepção da mãe sobre o seu estilo permissivo e a visão que ela tem sobre estilo autoritário do companheiro ($r= 0,44$ $p<0,001$), ou seja, quanto mais a mãe acredita que utiliza do estilo permissivo mais ela atribui o estilo autoritário ao seu companheiro. Também teve uma correlação positiva de força moderada ($r= 0,42$ $p<0,001$) entre o estilo autoritário percebido pela mãe sobre si e a percepção do pai sobre o estilo autoritário da mãe. Esse resultado revela um dado interessante, que quanto mais a mãe se percebe utilizando o estilo autoritário mais o pai reconhece que a sua esposa utiliza esse estilo. Esse aspecto é preocupante porque o estilo autoritário tem um alto nível de exigência e pouca afetividade.

Na Tabela 13 constam os valores de média e desvio padrão do ERC para os dois grupos e o valor de p na última coluna se refere a comparação entre os grupos (Teste Mann-Whitney) e o valor de p da última linha descreve a comparação das dimensões dentro de cada grupo (Teste de Friedman).

Tabela 13 - Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste Mann-Whitney e Friedman das dimensões do ERC

Dimensões ERC	Pais (n=45)	Mães (N=45)	valor-p
Acordo Parental	4,42 (1,25)	4,47 (1,24)	0,85
Divisão das tarefas	3,22 (1,87)	3,28 (1,95)	0,83
Suporte	4,83 (1,13)	4,81 (1,25)	0,82
Reconhecimento da Parentalidade	5,47 (0,68)	5,21 (0,92)	0,18
Sabotagem	0,86 (0,91)	0,67 (1,01)	0,06
Exposição a conflitos	0,83 (0,82)	0,88 (1,14)	0,76
Proximidade	5,02 (1,04)	5,12 (0,95)	0,67
valor-p	0,001**	0,001**	

* <0,05 / **0,001

A comparação entre os grupos evidenciou que os pais e as mães não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) sobre as dimensões do ERC. Por outro lado, ao se realizar o Teste de Friedman ($p < 0,001$) constatou-se que existe uma diferença entre as dimensões do ERC para o grupo de pais e de mães, sendo que o reconhecimento da parentalidade do parceiro é a dimensão mais elevada na relação coparental para ambos, o que significa o reconhecimento da importância do outro na sua função parental e o respeito as suas decisões em prol da educação da criança.

As dimensões do ERC entre os dois grupos (pais e mães) também foram analisadas através do teste de correlação de Spearman (Tabela 14). A análise da correlação entre as dimensões do ERC no mesmo grupo pode ser conferida na Tabela 13. As correlações fracas $< 0,4$ não serão discutidas por entender que elas não são representativas sobre a relação entre os fenômenos.

Tabela 14 - Correlação de Spearman das dimensões do ERC entre os grupos de pais e mães

Variáveis	1.Acordo Parental_Pai	2.Proximidade e_Pai	3.Exposição ao conflito_Pai	4.Suporte Parental_Pai	5.Sabotagem Pai	6.Reconhecimento da Parceira_Pai	7. Divisão de Tarefas_Pai
1 Acordo Parental Mãe	0,27	-0,01	-0,05	0,11	-0,07	0,04	0,03
2 Proximidade Mãe	0,29	0,19	-0,33*	0,27	-0,14	0,26	-0,03
3 Exposição ao conflito Mãe	-0,21	-0,03	0,26	-0,13	0,1	-0,15	-0,1
4 Suporte Parental Mãe	0,39**	0,19	-0,26	0,2	-0,19	0,18	-0,1
5 Sabotagem Mãe	-0,28	-0,23	0,2	-0,14	0,01	-0,43**	0,05
6 Reconhecimento do Parceiro Mãe	0,02	-0,15	0,05	-0,05	-0,01	-0,14	-0,2
7 Divisão de Tarefas Mãe	-0,11	-0,05	0,16	-0,21	-0,07	-0,35*	0,04

*p<0,05 **p <0 ,001

Na Tabela 14 observa-se a única correlação de força moderada negativa ($r=-0,43$ $p<0,001$) entre o grupo de pais e mães foi entre as dimensões reconhecimento da parentalidade da parceira pelo Pai e sabotagem da mãe, ou seja, quanto mais o pai reconhece a importância da parceira na sua função parental diminui o nível de sabotagem que a mãe reconhece na relação coparental.

Na Tabela 15 pode-se verificar as correlações entre as dimensões do ERC dentro de cada grupo, as correlações para os pais estão em destaque na cor azul e das mães estão na cor bege. Tanto o grupo de pais quanto o de mães obtiveram uma correlação positiva com força moderada (Pais - $r=0,43$ $p<0,001$ / Mães - $r=0,48$ $p<0,001$) entre suporte parental e acordo parental, sendo assim quanto maior o apoio percebido no seu papel parental pelo seu parceiro/a mais os dois reconhecem uma semelhança na diáde parental quanto aos valores e crenças parentais. A dimensão acordo parental e reconhecimento da parentalidade do parceiro também obteve uma correlação positiva com força moderada nos dois grupos (Pais - $r=0,40$ $p<0,001$ / Mães - $r=0,51$ $p<0,001$), o que leva a entender de quanto maior o reconhecimento do parceiro no seu papel parental maior também será a concordância quanto as práticas parentais. A correlação entre as dimensões de acordo parental e proximidade foi encontrada no grupo de pais com força moderada (Pais - $r=0,49$ $p<0,001$), ou seja, quanto mais os pais acreditam que há uma harmonia nas crenças e valores parentais mais próximos eles se sentem na sua relação coparental. As dimensões acordo parental e sabotagem evidenciaram uma

Tabela 15 - Correlação de Spearman das dimensões do SDQ, QDEP e ERC

Variáveis	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	
	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães	Pais	Mães
1 QDEP_Estilo Autoritativo	1.0	1.0	-0,16	-0	0,02	0,17	0,26	0,02	-0,04	0,12	0,27	0,17	0,22	-0,03	-0,13	-0,02	-0,30*	-0,08	0,28	0,29	-0,02	0,05	0,33*	-0,12	-0,09	0,12	-0,26	-0,04	0,27	0,30*
2 QDEP_Estilo Autoritativo	-0,16	-0,04	1.0	1.0	0,22	0,15	-0,13	-0,18	-0,05	0,06	0,07	-0,07	-0,24	0,08	0,15	0,35*	0,52	0,30*	-0,22	-0,05	0,19	0,13	0,19	0,39**	-0,1	0,18	0,26	0,12	-0,25	-0,24
3 QDEP_Estilo Permissivo	0,02	0,17	0,22	0,15	1.0	1.0	-0,2	0,46**	0,13	0,06	-0,24	-0,35*	-0,18	0,49**	-0,01	0,45**	0,42	0,29	-0,24	-0,11	0,30*	0,04	0,12	0,25	0,25	-0,06	0,27	0,09	-0,18	-0,04
4 ERC_Acordo Parental	0,26	0,02	-0,13	-0,2	-0,2	0,46**	1.0	1.0	0,1	0,08	0,43**	0,48**	0,40**	0,51**	0,40**	0,49**	0,45**	0,39**	0,49**	0,16	-0,27	-0,21	-0,19	-0,24	-0,09	-0,12	-0,14	-0,04	0,14	-0,15
5 ERC Divisão das Tarefas	-0,04	0,12	-0,05	0,06	0,13	0,06	0,1	0,08	1.0	1.0	-0,06	-0,12	-0,02	-0,01	-0,28	0,05	-0,12	0,16	-0,14	-0,14	-0,23	0,17	-0,1	-0,09	-0,04	0,12	0,08	-0,16	-0,29	-0,13
6 ERC Suporte	-0,14	0,17	0,07	-0,1	-0,24	-0,35*	0,43**	0,48**	-0,57	-0,12	1.0	1.0	0,36*	0,56**	-0,21	0,44**	-0,35*	0,33*	0,43**	0,45**	0,04	-0,2	-0,15	-0,22	-0,15	0,12	0,46**	0,17	0,34*	-0,01
7 ERC Reconhecimento da Parentalidade	0,22	-0,03	-0,24	0,08	-0,18	0,49**	0,40**	0,51**	-0,02	-0,01	0,36*	0,56**	1.0	1.0	-0,01	-0,31*	0,49**	-0,13	0,36*	0,22	-0,04	-0,04	-0,24	-0,24	-0,1	0,2	-0,15	0,06	0,1	-0,2
8 ERC Sabotagem	-0,13	-0,02	0,15	0,35*	-0,01	0,45**	0,40**	0,49**	-0,28	0,05	-0,21	0,44**	-0,01	-0,31*	1.0	1.0	0,36*	0,26	0,14	-0,24	0,12	0,1	0,15	0,16	-0,2	-0,17	0,40**	0,09	-0,1	0,1
9 ERC Exposição a conflitos	-0,30*	-0,08	0,52*	0,30*	0,42*	0,29	0,45**	0,39**	-0,12	0,16	-0,35*	-0,33*	0,49**	-0,13	0,36*	0,26	1.0	1.0	0,32*	-0,24	0,15	0,39**	0,28	0,12	0,2	-0,02	0,44**	0,07	-0,17	-0,01
10 ERC Proximidade	0,28	0,29	-0,22	-0,2	-0,24	-0,11	0,49**	0,16	-0,14	-0,14	0,43**	0,45**	0,36*	0,22	-0,14	-0,24	-0,32*	-0,24	1.0	1.0	-0,18	-0,12	-0,1	-0,21	-0,08	0,19	-0,26	0,09	0,14	0,11
11 SDQ sintomas emocionais	0,21	0,05	0,19	0,13	0,30*	0,04	-0,27	-0,21	-0,23	0,17	0,04	-0,2	-0,04	-0,04	0,12	0,1	0,15	0,39**	-0,18	-0,12	1.0	1.0	0,26	0,30*	-0,01	0,22	0,22	0,18	0,1	0,24
12 SDQ problemas de conduta	0,1	-0,12	0,19	0,39*	0,12	0,25	-0,19	-0,24	-0,1	-0,09	-0,15	-0,22	-0,24	-0,24	0,16	0,16	0,28	0,12	-0,1	-0,21	0,26	0,30*	1.0	1.0	0,23	0,34*	0,41**	0,39**	-0,21	-0,12
13 SDQ hiperatividade	-0,05	0,12	-0,1	0,18	0,25	-0,06	-0,09	-0,12	-0,04	0,12	-0,15	0,12	-0,1	0,2	-0,2	-0,17	0,2	-0,02	-0,08	0,19	-0,01	0,22	0,23	0,34*	1.0	1.0	0,19	0,30*	-0,11	-0,1
14 SDQ problemas com pares	-0,06	-0,04	0,26	0,12	0,27	0,09	-0,14	-0,04	0,08	-0,16	0,46**	0,17	-0,15	0,06	0,40**	0,09	0,44**	0,07	-0,26	0,09	0,22	0,18	0,41**	0,39**	0,19	0,30*	1.0	1.0	0,52**	-0,23
15 SDQ comportamento prosocial	0,17	0,30*	-0,25	-0,2	-0,18	-0,01	0,14	-0,15	-0,29	-0,13	0,34*	-0,01	0,1	-0,2	-0,1	0,1	-0,17	-0,01	0,14	0,11	0,1	0,24	-0,21	-0,14	-0,11	-0,1	0,52**	-0,23	1.0	1.0

*p<0,05 **p<0,001

correlação negativa de força moderada para os dois grupos (Pais - $r=-0,40$ $p<0,001$ / Mães - $r=-0,49$ $p<0,001$). A partir disso, infere-se que ambos compartilham da mesma ideia de que quanto maior o acordo entre as práticas parentais menor será o nível de sabotagem do papel parental do(a) companheiro(a). O resultado é semelhante no que tange a correlação entre as dimensões acordo parental e exposição a conflitos, no qual os pais também demonstraram uma correlação negativa de força moderada ($r=0,45$ $p<0,001$), ou seja, para os homens uma maior concordância das práticas parentais pode levar à uma menor exposição da criança aos conflitos na relação coparental.

Os dois grupos também obtiveram uma correlação positiva de força moderada entre as dimensões suporte parental e proximidade (Pais - $r=0,43$ $p<0,001$ / Mães - $r=0,45$ $p<0,001$). Esse resultado sinaliza que os dois grupos compactuam da mesma opinião de que quanto maior o suporte recebido do parceiro na sua função parental maior será o sentimento de proximidade na relação coparental.

O grupo de mães demonstrou uma correlação positiva de força moderada entre suporte parental e reconhecimento da parentalidade do parceiro ($r=0,56$ $p<0,001$), ou seja, para as mulheres quanto maior o apoio recebido pelo parceiro maior também será o seu reconhecimento sobre ele quanto ao exercício da função parental. As mães também apresentaram uma correlação negativa de força moderada entre as dimensões suporte parental e sabotagem ($r=-0,44$ $p<0,001$), sendo assim, as mães acreditam que quanto maior o suporte do parceiro menor será a sabotagem do seu papel parental. Por outro lado, os pais obtiveram uma correlação negativa de força moderada ($r=-0,49$ $p<0,001$) entre as dimensões reconhecimento da parentalidade da parceira e exposição a conflitos, ou seja, quanto mais os homens reconhecem a importância da companheira na sua função parental menor será a exposição da criança aos conflitos do casal.

Na Tabela 15 também é possível observar as correlações entre os estilos parentais do QDEP e as dimensões do ERC e do SDQ para cada grupo. No que tange as relações entre os estilos parentais e as dimensões da relação coparental se destaca a correlação positiva de força moderada entre o estilo autoritário e a exposição a conflitos para o grupo de pais ($r=0,52$ $p<0,001$). Pode-se inferir que quanto mais os pais adotam o estilo autoritário com a utilização de posturas mais rígidas e de maior exigência na criação dos filhos maior também será a exposição da criança aos conflitos da relação coparental. O resultado é semelhante na

correlação encontrada entre a dimensão exposição a conflitos do ERC e o estilo permissivo para os pais ($r=0,42$ $p<0,05$), ou seja, quanto mais os pais expõem a criança aos conflitos do casal há uma tendência maior da utilização de um estilo permissivo, agindo para atender aos desejos da criança e não estabelecendo regras e limites na sua criação. Por sua vez, as mães apresentaram correlação negativa com força moderada entre o estilo permissivo e o acordo parental ($r=-0,46$ $p<0,001$). Nesse sentido quanto mais as mães adotam o estilo permissivo menor é o acordo das práticas parentais com o parceiro na sua relação coparental. O estilo permissivo das mães também teve uma correlação negativa de força moderada com a dimensão reconhecimento da parentalidade do parceiro ($r=-0,49$ $p<0,001$). Esse resultado revela que quanto mais as mães utilizam do estilo permissivo para a criação do filho com TEA menor será o reconhecimento do parceiro na sua função parental. Outra correlação encontrada no grupo de mães foi positiva com força moderada entre o estilo permissivo e a dimensão sabotagem ($r=0,45$ $p<0,05$), ou seja, quanto mais as mães fazem o uso do estilo parental permissivo maior será o nível de sabotagem das práticas parentais do parceiro na relação coparental.

Cabe ressaltar que os estilos parentais apresentaram apenas correlações fracas com as dimensões do SDQ. No grupo de mães, o estilo autoritativo e a dimensão comportamento prossocial evidenciaram uma correlação positiva fraca ($r=0,30$ $p<0,05$). Pode-se dizer que aparentemente o uso do estilo autoritativo com a utilização de estratégias de reforçamento acompanhadas pelo afeto e o estabelecimento de regras consistentes também aumenta as habilidades de comportamento prossocial da criança. Por outro lado, o estilo autoritário e a dimensão problemas de conduta evidenciaram uma correlação positiva fraca ($r=0,39$ $p<0,05$). Esse resultado revela que a adoção de um estilo parental autoritário com a utilização excessiva de punições e pouca afetividade pode aumentar os problemas de conduta que envolve a infração as regras sociais. Os pais obtiveram apenas uma correlação entre os estilos parentais e as dimensões do SDQ, essa aconteceu entre o estilo permissivo e os sintomas emocionais ($r=0,30$ $p<0,05$). Essa correlação é considerada fraca e significa que quanto mais os pais utilizam do estilo permissivo com uma criação sem exigências e no provimento de todos os desejos da criança poderá aumentar o nível de sintomas emocionais da criança, como os relacionados a ansiedade e ao choro excessivo.

As dimensões do SDQ também foram relacionadas com as dimensões do relacionamento coparental do ERC. Apenas o grupo de pais obteve correlações com força moderada, mais especificamente a dimensão problemas de relacionamento com os pares obteve correlação com as dimensões suporte ($r=-0,46$ $p<0,001$), sabotagem ($r=0,40$ $p<0,001$) e exposição a conflitos ($r=0,44$ $p<0,001$). Esses resultados revelam que quanto maior a percepção dos pais que o seu filho com TEA apresenta problemas de relacionamento com outras crianças menor será o apoio que ele recebe da sua parceira na sua função parental e haverá o aumento do nível de sabotagem das práticas parentais e da exposição da criança aos conflitos do casal, o que pode corroborar para a manutenção dos problemas de comportamento da criança. Por outro lado, as mães obtiveram apenas uma correlação considerada fraca entre sintomas emocionais e exposição a conflitos ($r=0,39$ $p<0,001$), ou seja, quanto mais as mães expõem as crianças aos conflitos no relacionamento coparental maior também serão os sintomas emocionais apresentados pela criança.

Por fim, as dimensões do SDQ foram relacionadas entre si para cada grupo. Mais uma vez, apenas o grupo de pais obteve correlações com força moderada, mais especificamente a dimensão problemas de relacionamento com os pares com problemas de conduta ($r=0,41$ $p<0,001$) e comportamento pró-social ($r=-0,52$ $p<0,001$). Pode-se dizer que quanto mais os pais percebem que os seus filhos apresentam problemas de relacionamento com outras crianças também poderá aumentar a tendência de apresentarem problemas de conduta com a infração as regras sociais e também diminuir as suas habilidades de comportamento pró-social. Por sua vez, as mães obtiveram apenas correlações fracas entre as dimensões do SDQ, especificamente a dimensão problemas de conduta apresentou correlação com as dimensões sintomas emocionais ($r=0,30$ $p<0,05$), hiperatividade ($r=0,34$ $p<0,05$) e problemas de relacionamento com os pares ($r=0,39$ $p<0,001$), ou seja, quanto mais as crianças apresentam problemas de comportamento como a infração as regras sociais maior será o risco de elas estarem expostas a apresentarem sintomas emocionais, como medo excessivo e choro, agitação e dificuldade de relacionamento com outras crianças. Outra correlação foi obtida entre a dimensão hiperatividade e problemas de relacionamento entre pares ($r=0,30$ $p<0,05$). Pode-se inferir que quanto mais as crianças apresentam comportamentos de

agitação e dificuldade de manter a sua concentração poderá aumentar as dificuldades de interagirem de modo saudável com outras crianças.

No próximo capítulo será apresentada a análise qualitativa elaborada com base nos conteúdos oriundos das entrevistas realizadas com os casais. Essa análise tem como objetivo complementar a compreensão das relações familiares, principalmente no que tange ao fenômeno do relacionamento coparental e na adaptação da família diante do filho com TEA.

6.3 – Análise Qualitativa

A abordagem qualitativa dessa pesquisa utilizou da análise categorial temática de conteúdo proposta por Bardin (2003). A categorização dos conteúdos oriundos da entrevista está disponível na Tabela 05 - Matriz Geral das Categorias e Subcategorias de Coparentalidade e na Tabela 06 - Matriz Geral das Categorias e Subcategorias das Influências na Adaptação Familiar. A primeira matriz de categorias foi baseada nas dimensões do modelo teórico de Coparentalidade de Feinberg (2003) e a segunda matriz de categorias foi uma adaptação do estudo de Schimdt (2008).

Inicialmente será apresentada uma síntese das principais características das famílias que participaram das entrevistas. Em seguida serão apresentados e discutidos os resultados das entrevistas com base nas duas matrizes de categorias.

Caso 1 – A família do Bruno

A família de Bruno (6 anos) é constituída pelo pai (28 anos), Mãe (23 anos). O Bruno reside com os pais e é o único filho do casal. O pai possui o ensino fundamental completo e trabalha como carpinteiro em período integral. A mãe possui o ensino fundamental incompleto e trabalha meio período como merendeira numa escola municipal. A renda mensal da família esta na faixa de R\$3.001,00 a R\$3.500,00. O Bruno frequenta a escola apenas no período matutino e a sua mãe é a responsável por levá-lo para aula porque ele estuda na escola que a mãe trabalha e ela toma conta do filho quando ele não está na escola.

A rotina cotidiana da família inicia às 06h30 da manhã quando todos acordam para as suas atividades. A família não toma o café da manhã juntos porque o Bruno toma na escola o pai no trabalho. No horário do almoço eles se reencontram e realizam a refeição juntos. No período da tarde a criança geralmente fica com a mãe e as vezes com a

avó paterna. Nesse período a criança gosta de assistir televisão, brincar sozinho com os seus carrinhos ou com o lego. O pai chega do trabalho por volta das 17h. A criança geralmente toma banho por volta das 18h. A janta é servida por volta das 19h30 e também é realizada em conjunto. Quase todos os dias a criança acompanha os pais na igreja após a janta. A criança comumente vai dormir entre às 21h e às 21h30min, exceto nos dias que vai à igreja ela dorme um pouco mais tarde. Além da igreja, os pais referem que levam a criança no parquinho uma vez por semana à noite, assistem televisão juntos e brincam com ele e aos finais de semana costumam frequentar principalmente o sítio da família e as vezes vão a praia ou a casa da avó materna.

Caso 2- A família de Maria

A família de Maria (4 anos) é constituída pelo padrasto (30 anos), Mãe (29 anos) e umairmã de 9 meses. O padrasto é pai biológico dairmã da Maria. A mãe possui o ensino superior incompleto e trabalha em casa como costureira com o esposo. O padrasto possui o ensino médio completo e atualmente está desempregado, mas ajuda a esposa nos negócios. A renda mensal da família é de aproximadamente R\$501,00 a R\$1.000,00. A Maria frequenta a escola apenas no período vespertino e a sua mãe é a responsável por levá-la para a aula e cuidá-la quando ela não esta na escola.

A rotina diária da família inicia por volta das 06h30 da manhã quando todos acordam para as suas atividades. Na parte da manhã, a mãe leva a irmã de Maria para a creche e depois cuida dos afazeres domésticos e fica em casa com a criança. A família faz a refeição do almoço em conjunto e em seguida a mãe leva a Maria para a escola. Na parte da tarde a mãe aproveita para trabalhar como costureira em casa e o pai faz algumas entregas para os clientes. No final da tarde a mãe busca as crianças na escola, logo elas tomam banho, e é fornecido o café e em seguida prepara as meninas para dormirem. A Maria dorme por volta das 20h. Segundo a mãe, as crianças as vezes a acompanham no supermercado e o principal programa de lazer é visitar a sua sogra nos finais de semana.

Caso 3 - A família do Carlos

A família de Carlos (5 anos) é composta pelo pai (25 anos), Mãe (24 anos), uma irmã de dois meses de idade e a sua avó materna também reside na mesma casa. O pai possui ensino superior incompleto e

trabalha como vigilante através de plantões de 12x36. A mãe possui o ensino médio incompleto e refere ser dona de casa. A renda mensal da família esta na faixa de R\$2.501,00 a R\$3.000,00. O Carlos frequenta a escola apenas no período vespertino e vai para a aula com o transporte escolar. A sua mãe e a sua avó cuidam dele quando ele não está na escola.

O Carlos acorda às 10h30 da manhã e em seguida toma o café. Logo ele vai para o banho e começa a se arrumar para ir à escola. Ele almoça por volta das 11h30 da manhã porque o transporte escolar passa para pegá-lo ao meio-dia. Ele chega em casa às 18h, tira o uniforme e toma um café e em seguida vai brincar com o primo que mora no mesmo terreno. Por volta das 20h ele janta e a mãe refere realizar algumas atividades com ele, como ler um livro, assistir um desenho e aproximadamente às 23h ele toma banho e logo vai dormir. As vezes ele fica acordado de madrugada e quando fica mais agitado ele gosta de ouvir música para conseguir pegar no sono. O pai refere não brincar com a criança com frequência porque geralmente está cansado e acaba dormindo, mas as vezes gostam de brincar de correr, pega-pega, pular na cama e tocar violão. Nos finais de semana o pai não se envolve muito nas atividades de lazer da criança porque faz plantão. A criança geralmente vai para a casa dos avós paternos ou eles a buscam para passear. A mãe geralmente está presente nesses programas e comenta que eles levam a criança no parquinho ou no shopping, mas geralmente fazem programas juntos em casa.

Caso 4 – A família do João

A família de João (3 anos) é constituída pelo padrasto (32 anos), Mãe (30 anos) e uma irmã de 6 meses. O padrasto é pai biológico da irmã de João. A mãe possui o ensino superior incompleto e atualmente é dona de casa. O padrasto também possui o ensino superior incompleto e trabalha como vendedor em período integral. A renda mensal da família é de aproximadamente R\$1.501,00 a R\$2.000,00. O João frequenta a escola em período integral e é levado pelo transporte escolar e a sua mãe é a responsável por cuidá-lo quando ele não está na escola.

A rotina diária do João inicia às 06h15 quando ele comumente acorda. Em seguida o transporte escolar passa na casa dele. Ele retorna para casa por volta das 18h40. Ele janta na escola e em casa acaba comendo um lanche. Por volta das 21h30 ele vai para o banho e 22h ele vai dormir. Durante a semana, as vezes passeiam com a criança de carro.

A mãe comenta que ele gosta de assistir vídeos no Youtube, mas os pais começaram a restringir o uso do celular. Além disso, ele gosta de leitura, os pais geralmente leem algum livro para ele. Os pais preferem passear com ele nos finais de semana em lugares abertos, como a praia e o parquinho, porque ele gosta de correr nesses espaços. As vezes passeiam com ele no mercado dentro do carrinho.

Caso 5 - A família do Mário

A família de Mário (6 anos) é constituída pelo pai (32 anos), Mãe (33 anos). O Mário reside com os pais e é o único filho do casal. O pai e a mãe possuem ensino superior completo. Ele atua como auxiliar administrativo e ela como auxiliar financeira, ambos trabalham em período integral. A renda mensal da família é de aproximadamente R\$4.001,00 a R\$4.500,00. O Mário frequenta a escola em período integral e os pais dividem a função de levá-lo para o colégio e tomar conta do filho quando ele não está na escola.

A rotina diária da família inicia às 07h da manhã quando todos acordam para as suas atividades. A família toma café da manhã juntos e a mãe deixa a criança na escola. A família só se reencontra no final do dia, quando a mãe pega a criança na escola e o esposo no trabalho e eles retornam para casa. Em seguida eles tomam um café e a criança toma um banho por volta das 19h. Em algumas noites o menino fica na casa dos avós paternos porque os pais frequentam a academia. As vezes durante a noite a criança acompanha os pais em uma caminhada. Nos finais de semana os pais priorizam alguns passeios ao ar livre, como correr ou andar de bicicleta em praças, parquinhos ou na praia. As vezes frequentam ou cinema ou visitam os avós paternos ou maternos e fazem um almoço em família.

Caso 6 – A família da Clara

A família de Clara (5 anos) é composta pelo pai (46 anos) e a Mãe (38 anos). A Clara reside apenas com os pais e é a única filha do casal. O pai possui ensino superior incompleto e atua como gerente comercial de vendas em tempo integral com algumas ausências devido as viagens para outras cidades. Por outro lado, a mãe possui ensino superior completo e atualmente é dona de casa. A renda mensal da família é de aproximadamente R\$4.501,00 a R\$5.000,00. A Clara frequenta a escola apenas no período matutino e os pais dividem a

função de levá-la para o colégio, mas a mãe é a responsável por cuidar da filha quando ela não está na escola.

A rotina da Clara inicia por volta das 07h quando ela acorda para ir à escola. Logo ao despertar ela toma mamadeira e em seguida a mãe dá banho na criança e o pai ou a mãe levam ela para a escola. Ao final da manhã um deles busca a criança na escola e eles almoçam juntos por volta do meio-dia. Segundo a mãe, eles tentam estabelecer uma rotina com a criança, mas sem muito sucesso. No entanto, a mãe prefere que ela não tenha horários para tudo e que as vezes altera os horários de banho propositalmente para ela não cair numa rotina. As vezes a criança dorme no período vespertino, nesses dias ela dorme mais tarde a noite e em outros dias dorme mais cedo à noite. Segundo o pai, ela dorme por volta das 23h, mas as vezes não têm uma boa noite de sono porque é hiperativa. O casal evita frequentar locais públicos com muitas pessoas e com muito barulho, segundo o pai porque ele e a esposa não gostam desses ambientes e a mãe refere que a filha fica muito incomodada devido as alterações sensoriais típicas do TEA. Aos finais de semana procuram levar a criança para passear em parques ou na praia, mas evitam os horários e locais que possa estar muito cheio. Por isso, muitas vezes preferem ficar em casa e brincar com a criança.

Caso 7 – A família do Luiz (fam 35)

A família do Luiz (7 anos) é constituída pelo pai (30 anos), Mãe (25 anos). O Luiz reside com os pais e é o único filho do casal. O pai possui ensino superior completo e atua como mecânico em período integral. A mãe possui ensino médio incompleto e atualmente é dona de casa. A renda mensal da família é de aproximadamente R\$3.001,00 a R\$3.500,00. O Luiz frequenta a escola apenas no período da tarde e a mãe é a responsável por levar a criança na escola e cuidar do menino quando ele está em casa.

O menino acorda cedo e toma café por volta das 10h da manhã juntamente com a medicação, segundo o pai as vezes eles brincam no período da manhã. A refeição do almoço é realizada ao meio-dia em conjunto com a criança. Logo em seguida, a mãe o leva para a escola e o pai vai para o trabalho. A noite geralmente ficam em casa, mas nos finais de semana, principalmente no domingo levam a criança para brincar na praia.

Caso 8 – A família do Fernando

A família do Fernando (3 anos) é composta pelo pai (45 anos), Mãe (42 anos) e o irmão de 18 anos. O pai possui ensino fundamental incompleto e atua como vendedor, trabalha aproximadamente 20h por semana. A mãe possui ensino médio completo e atualmente é dona de casa. O irmão mais velho está fazendo faculdade e atualmente não trabalha. A renda mensal da família é de aproximadamente R\$3.001,00 a R\$3.500,00. O Fernando começou a frequentar a escola a pouco tempo no período da manhã e a mãe e o pai dividem as responsabilidades de levá-lo para a escola e de cuidar da criança em casa.

Recentemente a rotina do Fernando foi alterada devido ao ingresso na escola, a partir disso ele tem acordado por volta das 07h. A mãe fornece o café para a criança e eles o levam para a escola, onde ele fica até no máximo às 11h, caso contrário ele começa a ficar muito agitado. A criança geralmente almoça na escola e em casa por volta do meio-dia. No início da tarde ele dorme um pouco e depois que acorda ele quer brincar, geralmente os pais envolvem ele em atividades com massinha e jogos de montar e de encaixe e as vezes ele assiste um desenho no DVD. Comumente às 19h ele janta e toma banho e em seguida já vai dormir, exceto nos dias em que dorme a tarde ele vai para a cama por volta das 22h. Durante a semana, quando ele tem atendimento na UNIVALI, os pais as vezes passeiam com ele no shopping ou no mercado para ele andar no carrinho. Nos finais de semana os pais preferem ficar em casa com a criança, as vezes vão almoçar em um restaurante e também frequentam a igreja com ele nas sextas e domingos, mas ele acaba dormindo na igreja. Outro programa que ele gosta é andar de bicicleta. O pai refere que em qualquer programa ele parece ter um tempo maior que as demais crianças, ele gosta de extrapolar o tempo e os pais são permissivos.

Caso 9 A família do Bernardo

A família do Bernardo (3 anos) é constituída pelo pai (32 anos) e a Mãe (28 anos). O Bernardo reside com os pais e é o único filho do casal. O pai possui ensino superior incompleto e a mãe possui ensino superior completo. O casal trabalha junto em um comércio próprio, ela fica responsável pela parte administrativa e ele no atendimento. Os dois trabalham em tempo integral, principalmente o pai. Ela também trabalha na empresa da avó materna de Bernardo. A renda mensal da família é de aproximadamente R\$5.501,00 a R\$6.000,00. O Bernardo frequenta a escola em período integral e a mãe, o pai e os avós são os responsáveis

por levar a criança na escola e a mãe divide com o pai a tarefa de cuidar do menino quando ele está não esta na escola.

Os pais alternam diariamente quem abrirá o comércio às 4h da manhã, o genitor que fica em casa fica responsável por acordar a criança às 07h30 e levá-lo para a escola. A criança faz todas as refeições na escola e os pais muitas vezes também não conseguem se encontrar para o almoço. No final da tarde a mãe busca a criança na escola e logo que chega em casa ele come fruta. No período da noite a mãe refere brincar um pouco com a criança e servir a janta. Por volta das 21h ele toma banho e às 22h ele vai dormir. Nos sábados a mãe procura levar a criança no parque, no shopping ou brinca com ele em casa. No domingo o pai também está junto com a família e acompanha a mãe e a criança nos passeios ou nas visitas na casa da avó materna de Bernardo.

6.3.1 Análise da Matriz Geral das Categorias e Subcategorias de Coparentalidade

6.3.1.1 Acordo ou Desacordo nas práticas parentais

Essa categoria é definida como as diferenças e semelhanças dos pais (díade parental) quanto aos valores, crenças e estilos parentais que irão interferir no desenvolvimento da criança. Desse modo, foram geradas duas subcategorias o acordo nas práticas parentais e o desacordo nas práticas parentais.

Acordo nas práticas parentais

A partir dos relatos dos casais foi possível perceber que apesar dos desafios que envolvem a criação de um filho com TEA eles conseguem entrar em um acordo sobre as estratégias de monitorização do comportamento a serem adotadas com a criança, como é ilustrado pelo seguinte relato: *A gente é muito controlador, nós somos muito centralizados monitorando. Nós não temos essa tranquilidade de soltar ela livre, nem eu e nem a G. Isso nós temos esse defeito. Nós controlamos demais. Se ela tá subindo lá no escorregador, G já tá numa ponta e eu já tô monitorando na outra. É uma proteção que a gente não deixa ela livre.. [Pai da Clara].* O discurso da Mãe da Maria reforça essa ideia: *Quando tá errada a gente fala “não M., é assim”, sabe? Corrige ela...(Mãe da Maria).*

A descoberta do diagnóstico de TEA do filho promoveu uma mudança no funcionamento da família e trouxe um maior equilíbrio sobre as rotinas diárias e sobre as práticas parentais. *(Ex: Depois que ele veio. Realmente criou uma rotina, criou uma regra: tem que fazer comida, tem que isso, tem que aquilo... Com horário, horário pra dormir, horário pra sair, horário pra voltar, horário pra isso. Então realmente criou uma regra dentro, assim, entre nós dois assim, entre eu e o meu esposo...[Mãe do Bruno]).*Essa percepção de mudança após a descoberta do diagnóstico sobre o comportamento parental acompanhada do acordo entre o casal também fica evidente no relato do Pai do Carlos:*Então quando veio a C., tudo que a gente aprendeu com o C., até como pais e como pais de um autista, a maneira como a gente tá tratando a C é muito diferente do outro filho né...[Pai do Carlos].*

Nessa pesquisa as mães são as principais responsáveis pelo cuidado dos filhos, algumas mães identificaram que os pais concordam com o modo delas conduzirem a criação do filho com TEA. *(Ex: o que eu disser tá dito. Ele não, não muda. Se eu botei de castigo, eu botei. Se... Não, não interfere assim... [Mãe do Bruno]).*

Desacordo nas práticas parentais

Os membros de um casal geralmente foram criados em famílias distintas e com valores diferentes, ao formar o sistema parental pode ocorrer o choque de crenças e costumes sobre o modo de criação dos filhos. Em casos de famílias de crianças com TEA esse desacordo das práticas parentais poderá ficar mais evidente em virtude do nível de comprometimento da criança. *(Ex: Algumas vezes ela chega pra mim, ela fala pra mim brincar um pouco mais com ele, por exemplo, dar um pouco mais de atenção pra ele. Quando eu não faço, ou deixo de lado, ela sempre me procura chamar a atenção... [Pai do Mário]).* Os problemas de comportamento da criança às vezes podem fazer com que um dos membros utilize de punições físicas para o manejo da situação, porém, a utilização dessa estratégia também causa divergência nos casais. *(Ex: Ele só não gosta que bata, sabe? De vez em quando eu dou umas palmadas quando eu vejo que tem que, que tem que intervir com palmadas mesmo...[Mãe de Clara]).*

Dentre os casais participantes ficou evidente que o pai tem uma tendência de utilizar principalmente do estilo parental permissivo, mas

as mães não concordam com a postura adotada pelos seus companheiros, como fica ilustrado nos seguintes discursos:

Ele era muito assim... “Ai meu filhinho, não briga com meu filhinho”. Não participava, mas não deixava educar.... [Mãe do Bruno].

O guri pode tá lá pulando de cima da TV, e se eu não disser: “Uou... ele tá pulando”. Ele não vê... [Mãe do Carlos].

As vezes vejo ele querendo alguma coisa e eu dava na mão, mas ai minha esposa me pediu pra que deixasse ele pedir... [Pai do Luiz].

6.3.1.2 Divisão do Trabalho

Essa categoria é definida como o modo como os cuidadores repartem as tarefas e responsabilidades relativas aos cuidados básicos da criança como alimentação, organização de hábitos de higiene, transporte, auxílio em tarefas escolares, acompanhar o filho em consultas médicas ou em atividades recreativas. Desse modo, foram geradas subcategorias tarefas do pai e tarefas da mãe, diferenciando-se os tipos de atividades. Além disso, foram observados os sentimentos com relação a divisão.

Tarefa do Pai

A maioria das mães reconhecem que o seu parceiro atua como auxiliar nas atividades relacionadas ao cuidado do filho e que a sua principal função é de brincar com a criança. (*Ex: Quando precisa ficar com ele, brincar com ele, ele brinca. Precisando trocar o B., ele troca. Precisando dar banho, ele dá banho...[Mãe do Bernardo]*). Outro exemplo que reforça essa ideia pode ser ilustrado no relato da Mãe da Clara (*Às vezes é ficar com ela assim, se eu precisar sair, ir no supermercado, se eu precisar me ausentar, daí ele fica né...*). Nesses exemplos, fica claro que quando a mãe precisa de ajuda o pai auxilia nas tarefas parentais, mas ela continua sendo a principal responsável.

No relato da Mãe do João fica evidente a função do pai relacionada ao papel de brincar com o filho: (*A parte de brincadeira mais de moleque, lutinha, assim, essas coisas acabam, ele acaba ficando bastante com o J... [Mãe João]*). Os próprios pais também destacaram que essa é a sua principal função:

(Ex: Porque eu quem sempre brincou mais com ele...[Pai do Luiz])

(Ex: Mais incentivar, brincar, correr ali... sempre tentando brincar de massinha com ele, tento brincar de... De quebra-cabeça... [Pai do Bernardo])

Por outro lado, os pais também têm tomado a iniciativa com as atividades relacionadas aos cuidados básicos da criança como pode ser observado nos discursos do Pai do João e do Fernando: *(Ex: Na maioria das vezes eu faço ele dormir...[Pai do João])e (Ex: Eu que dou banho nele, sempre, eu dou banho nele. Raramente a mãe dele dá banho... [Pai do Fernando]).*

Tarefa da mãe

As mães se destacam como as principais provedoras dos cuidados básicos para o filho, algumas até justificam que realizam mais essas atividades do que os pais porque ficam mais tempo com a criança. As mães realizam diversas atividades, como dar banho, dar comida, levar as consultas médicas, brincar, ajudar nas tarefas escolares, estimular o desenvolvimento da leitura e da fala da criança, como exemplifica a Mãe do Luiz: *(Ex: Eu diria cem por cento. Eu tô o tempo todo com ele. Desde a hora de dormir, até a hora de comer, na hora de ir pra escola e voltar...).* A mãe da Mariadestaca as atividades de apoio ao desenvolvimento da filha *(Ex: É o tempo todo atrás dela, ajudando ela em tudo né... Na tarefinha da escola. E no simples fato de montar um quebra-cabeça né...[Mãe da Maria]).*

Sentimento em relação a divisão

Devido a disparidade na divisão das tarefas parentais entre os pais e as mães pode-se observar no relato das mães que elas se queixam dos parceiros não se envolverem efetivamente no cuidado do filho com TEA e elas se sentem sobrecarregadas, cansadas e até mesmo mais estressadas diante do cumprimento de tantas tarefas. Por outro lado, nenhum dos pais se queixou que se sente descontente com a divisão do trabalho nas atividades relacionadas ao cuidado do filho.

(Ex: Eu que administro tudo, o quiosque. Aí eu tenho que saber administrar o quiosque, saber administrar o F., pra não prejudicar o F... Não é fácil pra mim. Descarrega tudo pra cima de mim. Aí tem hora que eu explodo. Daí quando eu quero explodir eu sou que nem um vulcão, aí ele já sabe... [Mãe do Fernando]).

(Ex: Aí eu não tenho mais paciência pra ficar vendo só jogar e não me ajudar nas coisas assim, eu perdi totalmente minha paciência. Eu não tenho mais paciência... [Mãe do Carlos]).

(Ex: Apesar que ele faz tudo dentro das possibilidades dele. Mas assim, ficou mesmo, mais nas minhas costas mesmo...[Mãe da Clara]).

6.3.1.3 Suporte/Sabotagem

Essa categoria é definida como o modo como os cuidadores se apoiam no seu papel parental, bem como, quando eles reconhecem a importância do outro nessa função e respeitam as suas decisões em prol da educação da criança. Por outro lado, alguns cuidadores podem manifestar críticas e comportamentos hostis em relação ao(a) companheiro(a).

Apoio coparental

Essa subcategoria também foi muito destacada pelas mães em relação aos seus parceiros. Elas ressaltaram que podem contar o esposo para auxiliá-las nos cuidados com o filho e que eles são compreensivos e fornecem o suporte necessário nos momentos difíceis.

(Ex: Quando eu preciso ele tá sempre disposto a me ajudar com ela. Nos cuidados com ela...[Mãe da Maria]).

(Ex: Mas graças a Deus que eu tenho um marido muito compreensivo nesse sentido, porque ele entende realmente que não é fácil. Até ontem que eu te falei, que ele teve que ficar o dia inteiro ele falou: olha, realmente não é fácil ficar com a C...[Mãe da Clara]).

(Ex: Então quando tá numa fase difícil que eu tô pra cair, eu tô pra desanimar, ele vem e me sustenta. Então vice e versa. Um é o suporte do outro...[Mãe do Luiz]).

Reconhecimento da parentalidade do(a) parceiro(a)

Nessa subcategoria o casal reconhece que o(a) seu(sua) parceiro(a) exerce funções importantes no cuidado do filho(a). Os pais de modo geral reconhecem que a sua parceira é muito mais participativa nas tarefas parentais.

(Ex: Eu posso dizer que a minha esposa ela tá sempre junto né? Como mãe, como esposa, como, como mãe do F ela tá sempre

preocupada com ele. Então nesse sentido, se fosse pra dar uma nota de 0 a 10 eu daria um dez pra ela. Ela sempre tá presente. Até muito mais do que eu até, com ele...[Pai do Mário]).

(Ex: Então essa participação com a minha esposa é bem mais importante, ela é bem mais prestativa, ela é bem mais incentivadora, então essa participação com ela é bem mais forte...[Pai do Bernardo]).

Algumas mães destacaram algumas qualidades do seu companheiro como carinhoso, responsável, paciente e participativo. *(Ex: Meu marido ele é bem mais paciente. Ele pega, conversa, põe ele de castigo. Meu marido ele é muito mais participativo, porque até mesmo porque o J. ele exige bastante. Então assim o meu marido tem uma participação muito ativa, muito grande...[Mãe do João]).* A mãe do Luiz também exalta as qualidades do companheiro *(Ex:Ele é bem participativo. Ele é um ótimo pai. Assim, ele é muito dedicado, muito atencioso... [Mãe do Luiz]).*

Sabotagem coparental

Essa subcategoria é definida como os cuidadores manifestam críticas e comportamentos hostis em relação ao(a) companheiro(a). Pode-se dizer que essa subcategoria apareceu poucas vezes, mas chama a atenção principalmente o discurso dos pais da Clara, no qual os dois criticaram o modo do companheiro se comportar diante das dificuldades de comportamento da criança. *(Ex:Por que... A G(esposa) tem um certo grau de instabilidade, eu diria. Não ofendendo. Insegurança de família. Isso já vem de família. A gente conhece... Raiz, né? Qualquer coisa... Em desespero, entra em pânico. Chora se apavora. E cobro também da G(esposa), porque às vezes ela tem a tendência de sair do controle. Ela tem o limite, limite, daqui a pouco ela vai explodir... [Pai da Clara]).* Por outro lado, a Mãe da Clara se queixa da ausência do companheiro nos momentos em que ela precisa de um suporte com a filha: *(Ex: As vezes assim, durante uma birra, alguma coisa ele também já fica desestabilizado...ele se apegou muito mais ao trabalho acredito como uma fuga, por ele não saber lidar muito bem com essa situação...[Mãe da Clara]).*

6.3.1.4 Gestão Conjunta das Relações Familiares

Essa categoria é definida como o modo como a díade parental administra as interações familiares, os seus comportamentos, padrões de relacionamento e de comunicação.

Exposição a conflitos

A subcategoria exposição a conflitos teve a menor ocorrência dentre todas as categorias. Ficou evidente no relato de alguns pais que a descoberta do diagnóstico fez com que o casal ficasse mais vulnerável e expusesse a criança à alguns conflitos ou até mesmo se separasse temporariamente. *(Ex: Assim a gente uma época, a gente ficou muito... Tentando achar a culpa num, a culpa no outro. A culpa é de um, a culpa é do outro. “A culpa é tua, a culpa é tua”. [Mãe do Fernando]).* Nesse período da descoberta do diagnóstico, o pai do Fernando percebeu que não deveria expor o filho aos assuntos conflituosos que mantinha com a esposa, *(Ex: Às vezes, eu até tava conversando com a D (esposa) no carro hoje, assuntos que ele não poderia ouvir. E aí eu pensei: “D (esposa)... Será que a nós não temos que conversar desses assuntos, fora do F.? Porque ele não é burro...[Pai do Fernando]).* A mãe da Clara também destaca algumas discussões que tem com o companheiro na frente da criança: *(Ex: Eu acho que você tá errando assim, e eu não erro nisso. E às vezes a gente rebate algumas coisas que eu falo: “ah, mas você não tô no dia a dia”, “você não tá inteirado”, “tem que ser dessa maneira”...[Mãe de Clara]).*

Proximidade coparental

Essa subcategoria pode ser identificada facilmente nos relatos dos pais quando eles descobrem que o filho tem TEA, muitos participantes ressaltaram maior união, proximidade na relação, aumento do diálogo. *(Ex: Primeiro o seguinte, nós temos todos nós, nós temos nossa vida de casado principalmente ela é uma montanha, sobe, sobe, sobe... E tu chega no topo. Mas têm horas as vezes que tu quer descer, descer, descer... Ao ponto de... “Ó, não dá certo! É melhor mesmo tu ficar de um lado da montanha e eu do outro”. Isso não acontece com quem tem um autista em casa. Ele aproxima o pai e aproxima a mãe. Pode a mãe não querer mais viver com o pai, não adianta, ele vai aproximar.. Então ele... Aproxima o casal, ele faz o casal rir junto. Ele faz o casal fazer coisas junto, que a gente não fazia, entendesse? A gente se diverte...[Pai*

do Fernando]). A mãe do Bernardo endossa essa reflexão ao destacar que (*Ex: a gente até ficou mais próximo, assim, por conta dele. Que... Querendo ou não, eu acho que dá uma assiduidade melhor, pra gente...[Mãe do Bernardo]*).

6.3.2 Análise da Matriz Geral das Categorias e Subcategorias das Influências na Adaptação Familiar

6.3.2.1 AUTOPERCEPÇÃO PARENTAL

Essa categoria é definida como o modo dos pais perceberem-se na função parental, exercendo a parentalidade. Cada cônjuge descreveu-se através de aspectos positivos e negativos.

Autopercepção paterna

Essa subcategoria se divide em aspectos positivos e negativos na percepção que o pai possui sobre o exercício do seu papel parental. Em relação aos aspectos positivos os pais de modo geral destacam algumas mudanças na sua parentalidade após a descoberta do diagnóstico de TEA, eles reconhecem que ficaram mais afetuosos e atentos ao filho.

(Ex: Por ser autista, acabou despertando mais, eu acho um lado... Um lado afetivo mesmo, com mais intensidade...[Pai Bernardo]).

(Ex: Mais carinho, na verdade assim né. Antes eu não, não dava tanta importância..Não ficava tanto tempo com ele, pra brincar né. Hoje, já é mais tempo, assim.. Digamos assim, o afeto aumentou bastante...[Pai do Carlos]).

(Ex: Eu aprendi a ter mais calma, a entender. de certa forma, me ensinou a ter mais paciência, a conversar mais, a tentar entender mais as necessidades...[Pai do João]).

Por outro lado, os aspectos negativos estão associados principalmente a ausência e a falta de participação deles nas tarefas parentais.

(Ex: A minha participação é bem fraca, vamos dizer assim. Mas assim, os poucos momentos que eu tenho, eu tento sempre suprir essa necessidade...[Pai do Bernardo]).

(Ex: A Minha participação ainda é um pouco fraca. Deixa a desejar um pouco, assim. Mas, é... Eu sinto que eu sou um pouco ausente assim. Seria minha ausência, por consequência disso, as vezes ele não me ouve assim...[Pai do Carlos]).

(Ex: Eu podia ser mais participativo. Eu tento, ser o máximo frequente, mas poderia ser mais...[Pai do João]).

Autopercepção materna

Sobre os aspectos positivos as mães identificaram algumas mudanças no seu modo de vida, ficaram mais atentas a si e amadureceram a partir da descoberta do diagnóstico de TEA.

(Ex: Me tornei uma pessoa muito melhor do que eu pensei que pudesse ser. E muito mais forte do que eu pensei que era...[Mãe do Luiz]).

(Ex: Eu passei a valorizar mais coisas que antes eu não valorizava né.. Então eu passei a ter uma preocupação, entre outras, comigo, de uma forma pra poder ajudar mais ela...[Mãe da Clara]).

(Ex: Quando ele foi diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista eu comecei a me controlar um pouco mais, a ver que ele, que ele precisa de uma atenção especial, uma atenção diferenciada...[Mãe do João]).

As mães reconhecem alguns aspectos negativos relacionados a sua parentalidade como a falta de tempo para cuidar do filho, a preocupação excessiva com o filho e ao sentimento de culpa.

(Ex: Aham agora fiquei mais chata . Superprotetora... [Mãe do Carlos]).

(Ex: Eu acho que eu, eu fiquei muito centrada nela e esqueci do resto... Eu tento não me culpar muito, apesar que tem situações que a gente se culpa mesmo...[Mãe da Clara]).

(Ex: Às vezes eu sinto medo de não tá dando atenção que talvez ele precise, por conta da nossa rotina...[Mãe do Bernardo]).

6.3.2.2 PERCEPÇÃO DO FILHO

Essa categoria é definida pela percepção dos pais sobre os filhos com TEA. Estão incluídas, a percepção sobre características pessoais da criança, os principais sintomas do TEA (prejuízo na comunicação e interação social epadrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades), e a percepção de potencialidades versus comprometimentos, ou seja, o destaque para algumas habilidades que funcionam de modo a superar algumas dificuldades desenvolvimentais.

Características Pessoais

As características pessoais do filho percebidas pelos casais foram principalmente alguns traços de personalidade como, carinhoso, querido, tranquilo, temperamento forte. Todas os casais conseguiram destacar características pessoais do seu filho que não tivesse diretamente

associada a sintomatologia do TEA e na maior parte das vezes foram aspectos positivos. Por exemplo:

(Ex: Ele se preocupa em te dar um carinho, o amor, assim sabe, ele sempre se preocupa em tá te abraçando, beijando, assim, ele é muito especial...[Mãe do Carlos]).

(Ex: É uma criança que tem uma personalidade forte. Ele é amável, ele gosta de dar carinho, de receber carinho, como outra criança qualquer...[Pai do Mário]).

(Ex: Elatem um temperamento muito próprio. Muito um gênio muito próprio. Uma personalidade muito, muito própria...[Mãe da Clara]).

Autismo

Nessa subcategoria foram identificados alguns conteúdos nos relatos dos pais que expressavam as características do filho a partir da sintomatologia do TEA, como o prejuízo na comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. As dificuldades relacionadas a comunicação e interação social tiveram uma maior ocorrência em comparação aos padrões restritos e repetitivos de comportamento. Em relação ao primeiro sintoma pode-se destacar alguns relatos:

(Ex: Ela ainda fala errado ainda, né? Vai fazer seis anos e fala bastante coisa errada ainda. A gente tem que ficar corrigindo...[Pai da Maria]).

(Ex: Ele tem um certo grau assim de, não vou dizer de deficiência, mas que ele é um pouco diferente de uma criança normal. Até mesmo as vezes pelo modo de falar dele, que as vezes ele não consegue expressar o que ele tá sentindo, as vezes ele fica repetindo como se fosse gaguejar, entende? Mas, eu, assim imagino que ele entenda bem o que ele quer, o que ele precisa, só que as vezes ele não sabe explicar o que ele, ele exatamente precisa...[Mãe do Mário]).

(Ex: Ela é uma criança que gosta do mundo dela. Da solidão dela.. Isso é muito difícil assim. Já tentei trazer outras crianças em casa, é muito difícil. É constrangedor até pra família, pra criança, eles vão querer brincar. Daí ela pega as coisas dela, ela vai pro outro lado...[Mãe da Clara]).

As características relacionadas aos padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades fica evidente no relato da

mãe do João que tem apenas 3 anos de idade e apresenta um interesse específico por números e já consegue contar espontaneamente,

(Ex: Eu acho ele muito inteligente pro que chama a atenção dele. Igual ao numeral. Ele aprendeu o numeral de um a dez em inglês por conta própria e de 1-15 em português. E aonde ele vê número é fascinado. Por isso, por objetos de formas...[Mãe do João]). O pai do Mário também destaca a inteligência do filho que aprendeu a ler e a escrever antes da idade esperada para as demais crianças, (Ex: Ele tem uma inteligência até que um pouco fora do comum, pra idade dele de seis anos. Desde os quatro anos ele sabe ler e escrever. Se você ler qualquer coisa aqui, ele pode, ele lê, escreve qualquer coisa sem faltar letra, sem faltar nada...[Pai do Mário]).

Uma das características que mais incomodam tanto os pais quanto as mães são alguns padrões de comportamento que envolvem a agressividade, a birra e a teimosia, como pode ser ilustrado no relato da mãe do Carlos, *(Ex: ele é bem desobediente assim. E um pouquinho das birras. É só o que é mais difícil pra mim, que ele se joga no chão, e se bate um pouco.. não dura dois minutos assim sabe, assim que daí ele bate com a cabeça na parede e ele fica um pouco nervoso...[Mãe do Carlos]).*

Potencialidade vs Comprometimento

Nessa subcategoria foram identificadas as percepções dos pais sobre as potencialidades versus comprometimentos, ou seja, o destaque para algumas habilidades que funcionam de modo a superar algumas dificuldades desenvolvimentais, as principais habilidades referidas foram a inteligência e o afeto e a principal dificuldade a agitação.

(Ex:Não é fácil, tem um gênio difícil, mas é uma ótima criança. Muito amoroso, é obediente, é carinhoso, é educado...[Mãe do Luiz]).

(Ex: Ao mesmo tempo que ela, que ela se irrita, que ela quer bater, que ela quer extravasar, ela já vem te abraçar, e já quer, e já quer te beijar... [Mãe da Clara]).

(Ex: Ao mesmo tempo que ele é muito inteligente, ele grava muito fácil as coisas, ele não segue a regra...[Mãe do Mário]).

6.3.2.3 PREOCUPAÇÃO COM O CONTEXTO SOCIAL

Essa categoria é definida pelas preocupações dos pais que a criança sofra algum tipo de preconceito na sociedade ou não seja efetivamente incluída no contexto escolar.

Sociedade

Essa subcategoria é definida pela preocupação dos pais que o filho com TEA possa sofrer algum tipo de discriminação no contexto social ou não consiga ter autonomia na sociedade em virtude das suas limitações. A mãe do Luiz e o pai do Fernando fornecem bons exemplos para ilustrar essa subcategoria (*Ex: Preconceito. É muito doloroso. Bem difícil. As pessoas olham e... É como se fosse mal-educadas quando se tem uma crise, alguma coisa, elas não tem respeito...[Mãe do Luiz]*). O pai do Fernando destaca a necessidade de espaços sociais específicos para as pessoas com TEA (*Imagina, eu tenho vontade de levar o J no cinema, mas será que ele vai ficar? Será que ele vai ficar naquele escurão lá assistindo? Poxa, deveria ter um... Um dia, pros autista ir. Porque se eles não quiser ficar e berrar e gritar e sair pelo corredor, vai ser normal pra todo mundo, tá entendendo? Deveria ter um restaurante que todo mundo aceitasse, se ele berrou...[Pai do Fernando]*).

Escola

A inclusão escolar das crianças com TEA no ensino regular está regulado por lei, porém nessa subcategoria fica expressa a preocupação dos pais com a inclusão nesse contexto, como exemplifica a mãe do Mário (*Ex: A principal dificuldade dele no momento tá sendo a escola. É a adaptação dele na escola...[Mãe do Mário]*). A mãe do Fernando destaca a mesma preocupação em relação ao filho com TEA, (*Ex: Ele começou a ir pro colégio faz dez dias. Elas não tão nem preparada. Não sabem nem o que fazer. Me chamam toda hora, me pergunto tudo, a gente vê que elas não tão preparada pra ele...[Mãe do Fernando]*).

6.3.2.4 REDE DE APOIO SOCIAL

Essa categoria é definida como a percepção das famílias sobre a sua rede de apoio social e a sua origem (formal ou informal).

Formal (Institucional)

As relações formais seriam compreendidas como aqueles contatos com profissionais vinculados as instituições de saúde, educação, assistência social, etc. Os casais destacaram principalmente a importância dos serviços de saúde e o SUS, principalmente o cuidado da equipe de profissionais do CER vinculados a UNIVALI para ajudá-los no manejo das dificuldades do filho com TEA, como ilustra a mãe da

Maria (*Ex: A gente conta com a Univali, à terapia que ela tá fazendo. O neuro lá, que tá sempre, que tá sempre disposto a ajudar também né? Só isso né? Porque também tinha outro neuro pelo SUS e agora diz que ele saiu e não tem mais nenhum neuro. Pediatra é apenas aquele que tá pela Univali né? Seria só isso, pelo SUS, porque plano de saúde a gente não tem... [Mãe da Maria]*). A mãe do João destaca que tem acesso às informações sobre o TEA com a equipe do CER, (*Ex: Tudo quanto é dívida eu sugo bastante as meninas do CER...[Mãe do João]*).

Informal

As relações de apoio informal são compostas por vínculos com os demais indivíduos (família, comunidade, amigos) e outros dispositivos midiáticos (internet, TV). Os casais destacaram principalmente a importância dos avós das crianças para fornecer o apoio quando eles têm alguma necessidade, como pode ser exemplificado no relato da mãe do Carlos (*Ex: Normalmente minha mãe me ajuda daí assim, daí eu saio e respiro um pouco assim, daí minha mãe vai dá uma ajudada ali, auxilia um pouco...[Mãe do Carlos]*). A mãe do Luiz reforça a importância do suporte familiar para o enfrentamento da TEA. (*Ex: A família ajuda muito assim. No segundo ano que eu tinha descoberto o autismo do L., a família inteirinha do meu esposo se uniu pra fazer uma homenagem pra ele... [Mãe do Luiz]*).

Um dos recursos mais citados é a busca por informações sobre TEA através da televisão, internet e livros, como é destacado por algumas mães.

(Ex: Eu gosto bastante de tá olhando sempre bastante páginas no face e direcionadas justamente a isso...[Mãe do João]).

(Ex: Ai eu vou, leio documentário, pesquiso na internet, vou pesquisar, sou bem metida. Quando o F. dorme, eu pego e vou fuçar. Pra aprender. É, até que eu tenho aprendido. Através de livro, recurso na internet e filme...[Mãe do Fernando]).

Destacam-se também os grupos de pais que alguns membros participam na comunidade como um recurso importante para a aceitação do filho com TEA. (*Ex: Entender que você não está sozinho, que são muitas famílias que vão passar, que tão passando pelo mesmo problema que você passa, e você vai conseguir encontrar muita ajuda aí pela frente...[Mãe da Clara]*).

Ao fazer uma análise geral dos relatos dos casais, pode-se dizer que apesar das dificuldades que envolvem a criação de um filho com TEA, os pais conseguem identificar características positivas na criança e encontram suporte no companheiro e em outros contextos, como a família, as instituições de saúde e os meios de comunicação para auxiliá-los nos desafios da vivência da sua parentalidade nesse contexto. Apesar de existirem momentos de desacordo sobre as práticas parentais realizadas pelo companheiro, observa-se que a frequência dos acordos sobre essas práticas supera os momentos de desacordo. Fica evidente que as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado do filho com TEA e os pais ocupam o papel de provedor financeiro e “ajudante” da mãe nas tarefas parentais. Essa situação levou muitas mulheres a se queixarem sobre a disparidade na divisão do trabalho nas atividades relacionadas ao cuidado da criança com TEA. Contudo, tanto os pais como as mães reconhecem o(a) parceiro(a) na sua função parental, eles de modo geral reconhecem que a sua parceira é muito mais participativa nas tarefas parentais. Embora exista essa desigualdade na divisão de tarefas, a ocorrência de sabotagem coparental e a exposição da criança aos conflitos é baixa. Na verdade, muitos casais destacaram que ter um filho com TEA aumentou a proximidade coparental e também fez com que os dois membros tivessem uma mudança na sua autopercepção da parentalidade, atribuindo maior atenção, cuidado e carinho dispensados ao filho com TEA.

6.4 Integração da análise quantitativa e qualitativa

Nessa seção serão debatidas as relações entre os resultados das duas abordagens de análise, a quantitativa e a qualitativa. Inicialmente serão apresentadas as características das nove famílias que participaram da entrevista, conforme a análise de clusters e para complementar essa discussão serão utilizados os resultados da análise inferencial não paramétrica de todas as escalas.

As famílias da Maria (C2) e do Fernando (C8) pertencem ao cluster 1. Nesse perfil as crianças apresentam muitas dificuldades de comportamento ao mesmo tempo também habilidades de comportamento prossocial. Esses resultados são reforçados pelo relato da mãe da Maria na entrevista (*Ex: a M. a maioria das vezes é uma menina super carinhosa assim né? Carinhosa, só que às vezes da umas*

crises de birra. É às vezes não aceita não. Muito ansiosa. Fica repetindo as coisas... [Mãe da Maria]).

Uma característica relevante desse perfil é que as crianças apresentam os maiores índices de problemas de comportamento e os membros do casal concordam que a relação coparental é atravessada por altos índices de conflito e sabotagem. A análise estatística inferencial revelou algumas correlações de força moderada no grupo de pais que reforçam as características desse cluster entre a dimensão problemas de relacionamento com os pares do SDQ e as dimensões de exposição a conflitos ($r=0,44$ $p<0,001$) e sabotagem coparental ($r=0,40$ $p<0,001$). Esses resultados revelam que quanto maior a percepção dos pais que o seu filho com TEA apresenta problemas de relacionamento com outras crianças maior será o nível de sabotagem das práticas parentais e da exposição da criança aos conflitos do casal. As mães também obtiveram uma correlação entre os sintomas emocionais do SDQ e a exposição a conflitos ($r=0,39$ $p<0,001$), ou seja, quanto mais as mães expõem as crianças aos conflitos no relacionamento coparental maior também serão os sintomas emocionais apresentados pela criança. Os pais do Fernando relataram que trocaram acusações sobre o culpado pelo diagnóstico do filho. A exposição aos conflitos fica evidente no discurso do pai do Fernando quando eles descobriram o diagnóstico do filho, (*Ex: Às vezes, eu até tava conversando com a D (esposa) no carro hoje, assuntos que ele não poderia ouvir. E aí eu pensei: “D (esposa)... Será que a nós não temos que conversar desses assuntos, fora do F.? Porque ele não é burro... [Pai do Fernando]).*

Esse perfil também se caracteriza pelo predomínio do estilo parental permissivo na visão dos casais sobre o seu próprio estilo, bem como, eles reconhecem que o(a) seu(sua) companheiro(a) também adotam o estilo permissivo. Isso quer dizer que essas famílias tem o costume de atender a todos os desejos da criança com um baixo nível de exigência. O relato do pai Fernando ilustra essas práticas permissivas quando ele realiza passeios com o filho com TEA. Ele justifica a utilização desse estilo parental porque o menino tem esse diagnóstico e caso seja contrariado poderá apresentar problemas de comportamento que podem ser difíceis de serem manejados. (*Ex: Se eu levo ele no shopping, ele estoura o tempo dele. Ele quer ficar mais tempo que... Então a gente tem que ficar com ele até a hora que ele pegar na mão e dizer “não, vamo embora”. Tu entende? Se eu tirar ele, levar ele no shopping, uma hora só e tirar ele, eu vou arrumar uma encrenca porque*

ele vai se espremer e não vai querer sair. Então eu deixo ele ir onde ele quer. Se ele quer ir em tal lugar, ele vai. Se ele quer tocar em tal negócio, eu deixo tocar. Isso já... Eu acho que isso já vem do aspecto autista, né? Porque o autista gosta de estar tocando em coisa, ele gosta de tá perto de coisa...[Pai do Fernando]).

Ao analisar as características desse cluster temos o predomínio do estilo parental permissivo nos casais e níveis elevados de conflito e sabotagem na relação coparental. Mais uma vez, a análise estatística inferencial realizada com a amostra geral evidencia uma correlação entre a dimensão exposição a conflitos e o estilo permissivo para os pais ($r=0,42$ $p<0,05$), ou seja, quanto mais os pais expõem a criança aos conflitos do casal há uma tendência maior da utilização da adoção de um estilo permissivo. As mães também obtiveram uma correlação que reforça as características desse cluster entre o estilo permissivo e a dimensão sabotagem coparental ($r=0,45$ $p<0,05$). Nesse sentido, quanto mais as mães fazem o uso do estilo parental permissivo maior será o nível de sabotagem das práticas parentais do parceiro na relação coparental.

Das famílias participantes da entrevista, apenas os pais do Carlos(C3) pertencem ao segundo cluster. As crianças desse perfil foram descritas com indicadores limítrofes de dificuldades comportamentais e habilidades prossociais. Nesse perfil houve uma discordância do casal sobre a dimensão proximidade coparental, as mães apresentaram médias negativas ($M=-0,27$) e os pais médias positivas ($M=0,52$). Contudo, ao realizar o teste de Mann Whitney na amostra geral não foram encontradas diferenças significativas sobre essa dimensão da relação coparental ($p>0,05$).

Ao analisar o contexto dessa família é possível realizar algumas reflexões mais pontuais sobre essa realidade, o pai é vigilante e atua com plantões noturnos, inclusive aos finais de semana e a mãe é dona de casa e fica responsável pelos cuidados do filho com TEA e da sua irmã de apenas dois meses de idade. O pai reconhece que não brinca com a criança porque geralmente ele chega cansado dos plantões e consequentemente a mãe também fica encarregada dessa função.

Essa divergência no casal fica explícita nos relatos da entrevista. O pai do Carlos enxerga que o filho com TEA fez com que o casal se unisse e aprendesse junto com o filho (*Ex: Que às vezes o que a gente quebrava as pernas pra tentar descobrir como é que fazia, e as vezes fica doente, hoje a gente já faz no automático assim. Já sabe como*

fazer. Então melhorou mais a gente, tá vindo com oC., como um reflexo de tudo que a gente aprendeu...[Pai do Carlos]). Por outro lado, a mãe não enxerga da mesma maneira que o companheiro, ela se sente sozinha para dar conta das suas atividades(*Ex: Me dá vontade de matar às vezes assim que tem muita coisa pra fazer, mas... É tem que sempre tipo, aquela coisa tem que pedir pra fazer, mas eu já to meio que levando tá tranquilo fazer sozinha...[Mãe do Carlos]).*

Em relação aos estilos parentais, as mães desse segundo perfil apresentam a tendência de utilizarem mais do estilo permissivo e os pais o autoritativo. O estilo parental da mãe do Carlos fica evidente no seu discurso, porque ela reconhece que utiliza de estratégias superprotetoras e que atende a todas as necessidades da criança (*Ex: Mais tipo... Super protetora...No lugar, tipo, antes eu era mais desleixada assim, agora tipo, tem que tá tudo certinho. As coisinhas dele, é tipo, tudo arrumadinho. Eu me preocupo mais, eu tenho mais horário, antes eu acordava uma da tarde, tipo, não tinha muita preocupação com nada. Agora, sempre tá, tudo pra ele assim...[Mãe do Carlos]).*

As famílias do Bruno (C1), Mário (C5), Clara (C6) e Luiz (C7) estão atreladas ao terceiro cluster. Esse perfil é formado pelas crianças com maiores habilidades de comportamento prossocial e poucas dificuldades de comportamento. Dentre essas crianças, chama a atenção a Clara, porque ela possui muitas dificuldades de comportamento e em comparação as demais crianças ela é a única que não consegue se comunicar verbalmente. Provavelmente os pais ao responderem o SDQ podem ter superestimado as suas habilidades de comportamento prossocial. As mães desse perfil apresentam médias mais elevadas em acordo das práticas parentais ($M=0,12$) e proximidade coparental ($M=0,18$), sendo essa última dimensão a mais alta dentre os quatro perfis. Os pais também apresentaram médias positivas nas dimensões de acordo nas práticas parentais ($M=0,12$) e proximidade coparental ($M=0,13$). A análise estatística inferencial realizada entre as dimensões da ERC reforça os resultados obtidos nesse cluster, principalmente a correlação obtida entre as dimensões acordo parental e proximidade no grupo de pais ($r=0,49$ $p<0,001$), ou seja, quanto mais os pais acreditam que há uma harmonia nas crenças e valores parentais com a sua companheira mais próximos eles se sentem na sua relação coparental.

Ao analisar os relatos dos casais na entrevista ficam evidentes os indicadores de acordo nas práticas parentais no discurso da mãe do Bruno (*Ex: Depois que ele veio. Realmente criou uma rotina, criou uma*

regra: tem que fazer comida, tem que isso, tem que aquilo... Com horário, horário pra dormir, horário pra sair, horário pra voltar, horário pra isso. Então realmente criou uma regra dentro, assim, entre nós dois assim, entre eu e o meu esposo...[Mãe do Bruno]). Esse relato reflete que a chegada de um filho causa um tensionamento no sistema conjugal e força os seus membros entrarem num consenso para o provimento dos cuidados a criança. A descoberta do diagnóstico de TEA foi um motivo de maior proximidade coparental, refletido pelos casais com maior proximidade na relação e aumento do diálogo, como destaca o pai do Luiz (*Ex: o diálogo também, nós dois temos o mesmo pensamento, sempre conversamos sobre ele, como ajudar, melhorar, acho que isso...[Pai do Luiz]).*

Ao analisar os estilos parentais desse grupo, pode-se notar que as mães apresentaram a maior média para o estilo parental autoritativo e os pais se enxergam da mesma maneira, ou seja, há alto nível de afeto acompanhado por capacidade de controle dos problemas de comportamento da criança, conforme relata a mãe do Bruno (*Ex: Ele é ótimo assim, ótima criança, obediente, tem hora que ele quer às vezes meio que retrucar, mas dá uma seguradinha, da uma puxadinha na rédea, ele já se acomoda no lugarzinho dele e pronto...[Mãe do Bruno]).*

Esse cluster tem como característica principal o perfil comportamental das crianças com índices mais elevados de habilidades prossociais e o estilo parental autoritativo adotado pelos pais e mães. Provavelmente o uso do estilo autoritativo com a utilização de estratégias de reforçamento acompanhadas pelo afeto e o estabelecimento de regras consistentes também aumenta as habilidades de comportamento prossocial da criança. Esse resultado foi encontrado na análise estatística inferencial no grupo de mães da amostra geral, no qual houve uma correlação positiva ($r=0,30$ $p<0,05$) entre o estilo autoritativo e o comportamento prossocial.

As famílias do João(C4) e do Bernardo(C9) são as representantes do quarto cluster. Nesse grupo estão as crianças com limitações no comportamento prossocial e indicadores mais elevados de dificuldades de comportamento. Cabe ressaltar que ambas as crianças têm três anos de idade e dificuldades de comunicação, acredita-se que a combinação desses fatores possa corroborar para o aumento dos problemas comportamentais.

Sobre a relação coparental, as mães desse grupo obtiveram altos índices de acordo nas práticas parentais e reconhecimento da parentalidade do parceiro— considerado o mais elevado quando comparados aos demais perfis. Nesse sentido, as mães identificaram que apesar dos filhos apresentarem muitos problemas de comportamento, elas conseguem encontrar um equilíbrio das práticas parentais junto ao seu companheiro e elas também tem uma tendência de reconhecer os esforços dele no exercício das suas funções parentais. A mãe do João exalta as habilidades do esposo para lidar com o filho (*Ex: Meu marido ele é bem mais paciente. Ele pega, conversa, põe ele de castigo. Meu marido ele é muito mais participativo, até mesmo porque o J ele exige bastante...[Mãe do João]*).

Essa característica das mães desse cluster também pode ser confirmada pela análise estatística inferencial que constatou uma correlação positiva ($r=0,51$ $p<0,001$), entre as dimensões de acordo parental e reconhecimento da parentalidade do parceiro, o que leva a entender de quanto maior o reconhecimento do parceiro no seu papel parental maior também será a concordância quanto as práticas parentais.

Nesse grupo tanto as mães quanto os pais demonstraram uma percepção do próprio estilo parental como autoritário, obtendo as maiores médias quando comparados aos demais perfis. Por outro lado, as mães reconhecem que os seus companheiros utilizam mais do estilo autoritativo e eles acreditam que elas são mais autoritárias. A análise estatística inferencial confirma esse resultado, ao demonstrar uma forte correlação ($r= 0,76$ $p<0,001$) entre o estilo parental autoritário do Pai e a atribuição desse estilo à sua companheira. Os pais acreditam que quanto mais eles utilizam do modelo autoritário mais as suas companheiras apresentariam a mesma tendência no comportamento parental. O pai do João destaca algumas estratégias que ele utiliza que estão relacionadas ao estilo autoritário de maior controle sobre o comportamento da criança, principalmente no caso do filho dele que a criança apresenta comportamentos de agitação (*Ex: Normalmente nós vamos ao parque, passeamos bastante porque ele é bem agitadinho, então tem, tem que ser um lugarzinho aonde nós temos ampla visão, de onde ele está. E tem que tá toda hora correndo, repreendendo ele né...[Pai do João]*). Ele reforça o comentário ao relatar a atitude dele quando o João o acompanha no supermercado (*Ex: Tem que repreender ele porque ele não para, quer pegar as coisas, quer correr, a gente deixa ele no carrinho...[Pai do João]*).

De acordo com o perfil desse grupo, o pai do João também percebe que a sua esposa adota um estilo parental diferente dele, ela apresenta mais dificuldade para manejar os problemas de comportamento do filho e utiliza mais do estilo autoritário (*Ex: Ela não sabe lidar ainda muito bem com ele. Às vezes ela xinga ou altera um pouquinho a voz sabe...[Pai do João]*).

Provavelmente os casais utilizam do estilo autoritário, principalmente porque identificam que os seus filhos apresentam muitos problemas de comportamento e poucas habilidades prossociais que minimizem o prejuízo causado por essas dificuldades. A adoção de um estilo parental autoritário com a utilização excessiva de punições e pouca afetividade pode aumentar os problemas de conduta que envolve a infração as regras sociais, como pode ser constatado na correlação encontrada no grupo de mães entre o estilo autoritário e a dimensão problemas de conduta do SDQ ($r=0,39$ $p<0,05$).

Por fim, a integração das análises quantitativa e qualitativa permitiu um aprofundamento sobre as complexas relações que envolvem a parentalidade no contexto de famílias de crianças com TEA. Pode-se observar como os comportamentos das crianças influenciam no direcionamento da adoção de determinados estilos parentais e como esses estão relacionados com a coparentalidade.

7. DISCUSSÃO

Na pesquisa utilizou-se as contribuições do modelo biológico de Bronfenbrenner, na qual existe uma relação bidirecional entre os componentes dos diversos sistemas com o indivíduo. A discussão terá como foco os processos proximais que ocorrem no microsistema familiar entre os pais e a criança com TEA, mais especificamente os estilos parentais e a relação de coparentalidade dos pais com o comportamento da criança. Compreende-se que os processos proximais que ocorrem no microsistema familiar são influenciados pelas características individuais dos pais, bem como, pelas características do filho e a interação dentro desse processo irá demonstrar repercussões sobre os fenômenos investigados. Obviamente que as discussões também irão refletir sobre os aspectos contextuais e culturais que atravessam as relações familiares de crianças com TEA.

Entende-se que o nascimento de uma criança afeta o papel desempenhado pelos membros do grupo familiar, principalmente dos genitores que geralmente tem a função de prover os cuidados básicos, mas principalmente de educar o filho. Contudo, a descoberta do diagnóstico do TEA nos primeiros anos de vida da criança poderá trazer algumas incertezas sobre o desenvolvimento do filho, o que pode gerar repercussões sobre a adoção dos estilos parentais e também criar novos desafios para os pais, exigindo uma reorganização no modo de compartilhar as responsabilidades sobre as necessidades da criança. Este questionamento será debatido nessa discussão e ancora o objetivo principal desse estudo de investigar a relação entre os estilos parentais, a coparentalidade e características de comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

Primeiramente serão discutidos os principais resultados referentes aos dados sociodemográficos. Posteriormente, os resultados sobre as capacidades e dificuldades de comportamento das crianças, seguidos pelos resultados sobre os estilos parentais e a coparentalidade e por fim a relação entre os fenômenos. A discussão será fundamentada nos pressupostos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, na Teoria da Estrutura Interna e Contexto Ecológico da Coparentalidade de Feinberg, no Modelo de Classificação dos Estilos Parentais de Baumrind e também em outros estudos empíricos que

investigaram esses fenômenos com as famílias de crianças com TEA, outras deficiências e desenvolvimento típico.

7.5.1. Caracterização sociodemográfica das famílias

Com relação às características sociodemográficas, a maioria das famílias era do tipo nuclear, os pais eram casados ou estavam em uma união estável. A média de idade do pai foi de 36,36 e da mãe de 31,78 anos de idade. Um estudo de meta-análise indicou que o aumento de 10 anos na idade materna e paterna foi associado a um risco de autismo de 18% e 21% maior (Wu *et al.*, 2017). Por outro lado, alguns autores que realizaram estudos com famílias de crianças com síndrome de Down apontam que a idade materna avançada quando acompanhada por maior nível de escolaridade poderá ser um fator de proteção, porque as mães possuem maior maturidade emocional e muitas vezes estabilidade financeira, além de outros recursos do contexto que podem agir em conjunto e minimizar o impacto do diagnóstico da deficiência (Hodapp, 2007; Portes *et al.*, 2013).

Quanto à escolaridade dos casais, houve certa correspondência entre o grupo de pais e de mães, com distribuição desde o Ensino Fundamental incompleto até o Ensino Superior completo, porém, com maior concentração de ambos no Ensino Médio completo. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud, 2013) a média de escolaridade da população brasileira é de 7,2 anos e quase a metade da população acima de 25 anos (49,5%) tem pelo menos o ensino médio. Esses dados oficiais reforçam os resultados referentes ao nível de escolaridade dos participantes da pesquisa.

No presente estudo, constatou-se que a faixa salarial que concentra o maior número de famílias (N=13) possuem renda equivalente ao recebimento de aproximadamente três salários mínimos (valor atual - R\$954,00), considerando que a média de pessoas por família é de 3,82 (DP=0.75). Hodapp (2007) indica que melhores oportunidades de trabalho e remuneração dos genitores promovem melhores ofertas de materiais e estímulos que favorecem o desenvolvimento da criança com deficiência. O custo de cuidar de uma pessoa com TEA durante a vida foi estimado em US\$ 1,4 milhão nos Estados Unidos (Buescher, Cidav, Knapp & Mandell, 2014). Nesse sentido, os resultados obtidos nesse estudo com famílias de crianças com TEA demonstram que muitas delas podem sofrer com dificuldades econômicas para prover a assistência necessária ao filho, assim como foi

apontado em outras pesquisas (Montes & Halterman, 2008; Saunders *et al.*, 2015). A renda das famílias participantes dessa pesquisa provém principalmente do pai, que possui jornada de trabalho remunerada fora de casa (n=44). Além disso, 42,2% (n = 19) das mães são donas de casa e não exercem atividade remunerada. As investigações com famílias de crianças com TEA têm encontrado resultados semelhantes com o presente estudo e reforçam o papel mais tradicional do pai na garantia dos recursos e das mães no provimento de cuidados (Meimes, Saldanha & Bosa, 2015; Schmidt, Dell'Aglio & Bosa, 2007; Smeha & Cezar, 2011; Vohra, Madhavan, Sambamoorthi & Peter, 2014).

Aparentemente, esses valores tradicionais no papel do pai e da mãe ficam mais acentuados nas famílias de crianças com TEA e outras deficiências (Portes *et al.*, 2013; Silva & Aiello, 2009). Dessen e Lewis (1998) distinguem dois modelos de papel de pai: os tradicionais e os modernos. O primeiro modelo contempla o pai que tem o principal objetivo de prover os recursos, ou seja, ele trabalha fora de casa e dedica-se pouco nos cuidados com o filho. Já o segundo modelo contempla o papel moderno de pai que participa de uma forma mais conjunta com a mãe na divisão das tarefas domésticas e no provimento de cuidados aos filhos. O envolvimento paterno no contexto familiar de crianças com TEA é atravessado por diferentes fatores, como as características do próprio filho, do contexto em que estão inseridos e do período histórico. São esses fatores em conjunto que irão delinear a intensidade do envolvimento do pai com a criança (Silva, Vieira & Schneider, 2016).

A mãe destaca-se como a principal cuidadora da criança com TEA quando esta não está na escola e/ou nas instituições, em seguida vêm os avós. Outras investigações também verificaram que as avós exercem funções de suporte na família das crianças pequenas com deficiência intelectual e síndrome de down e TEA, como ajuda financeira, auxílio à mãe logo após o nascimento, apoio emocional e também nos cuidados da criança (Portes *et al.*, 2017; Silva & Aiello, 2009; Smeha & Cezar, 2011).

Em relação ao sexo da criança, 86,7% (n=39) eram do sexo masculino, o que reforça a ideia que os meninos são mais acometidos pelo TEA do que as meninas. A maior prevalência do TEA em meninos também tem reforçado a hipótese da causa biológica do transtorno. A prevalência do TEA em homens é de 1:42 (23,7:1.000) e nas mulheres é

de 1:189 (5,3:1.000), ou seja, uma menina para cada quatro meninos afetados (APA, 2014; Blacher & Kasari, 2016).

Quanto à situação escolar deste grupo, evidencia-se que a maioria ($n = 41$) das crianças com TEA frequentam o ensino regular e uma instituição de atendimento especializado. O fato das crianças pesquisadas estarem inseridas nas instituições escolares reflete um respeito ao que está previsto no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13146/15) sobre a inclusão escolar das pessoas com deficiência (Brasil, 2015). A escola é considerada o segundo contexto de desenvolvimento que as crianças estão inseridas e tem a responsabilidade de efetivar os direitos à educação das crianças e adolescentes e também de atender as suas demandas educacionais e socioemocionais. Esse ambiente é considerado um importante dispositivo do microsistema e dependendo da qualidade da interação da criança nesse espaço ele pode atuar como um importante fator protetivo e promotor do desenvolvimento (Petrucci, Borsa & Koller, 2016).

Com base nesses resultados, pode-se dizer que existem diversos fatores que podem influenciar no desenvolvimento das crianças com TEA. Por exemplo, as mudanças ocorridas ao longo do tempo associadas ao nível do cronossistema, principalmente no que tange a visão da sociedade sobre a população com deficiência (Portes *et al.*, 2013). Ressalta-se também a importância dos fatores do macrosistema para a população com o autismo, como o avanço do conhecimento científico sobre o TEA e também das políticas públicas, um exemplo disso é a Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012 que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e reconheceu essa população como pessoa com deficiência e assim garantiu os mesmos direitos previstos na legislação para essas pessoas (Brasil, 2012).

Os fatores do exossistema também merecem destaque, apesar da criança não participar ativamente desse sistema ele também parece exercer influência no desenvolvimento dessa população, como exemplo de aspectos que interferem na reorganização familiar e cujos resultados refletem-se nas práticas de cuidado adotadas com as crianças com alguma deficiência, temos as dificuldades econômicas, a carga horária de trabalho do pai, a sobrecarga de trabalho das mães que exercem atividade remunerada fora de casa e o baixo nível de escolaridade dos pais. Essas variáveis podem ser consideradas como um fator de risco no desenvolvimento das crianças (Portes *et al.*, 2013).

O nível denominado mesossistema é representado pela interconexão de vários microsistemas da pessoa em desenvolvimento. No caso da população pesquisada, aparentemente há o envolvimento da criança e da família principalmente junto a escola a família estendida, destacando aqui o papel das avós que muitas vezes não moram com a criança mas exercem influência sobre o seu desenvolvimento e também com o serviço de saúde, afinal todas as crianças e famílias da amostra são assistidas pela equipe multiprofissional do CER, no qual principalmente as mães recebem orientações sobre as práticas parentais que certamente irão repercutir na interação com a criança.

A seguir serão discutidos alguns aspectos do microsistema e dos processos proximais que envolvem as interações nesse contexto, primeiramente serão apresentados os resultados que dizem respeito as características individuais da criança, quanto suas principais dificuldades de comportamento e as habilidades de comportamento prosocial, a descrição dos resultados referentes aos estilos parentais dos pais e das mães e a descrição das dimensões do relacionamento coparental dos casais. Posteriormente, alguns resultados serão retomados para refletir sobre as relações entre esses fenômenos e discutidos a luz do referencial teórico e de estudos empíricos na área da psicologia do desenvolvimento.

7.5.2. Comportamento prosocial e dificuldades de comportamento das crianças

Atualmente diversas pesquisas sugerem que as crianças com TEA frequentemente apresentam altos níveis de problemas de comportamento em comorbidade ao transtorno (Bauminger, Salomon & Rogers, 2010; Gray, Keating, Taffe & Brereton, 2012; Hartley, Sikora & McCoy, 2008; Horiuchi *et al.*, 2014; Kanne & Mazurek, 2011; Mazurek & Kanne, 2010). Essa população apresenta tanto os problemas de comportamento internalizante (por exemplo, depressão, ansiedade, queixa somática) e problemas de comportamento externalizante (por exemplo, agressividade, hiperatividade e problemas de conduta). Ao utilizar o instrumento SDQ para avaliação do comportamento infantil, o TEA tem sido associado a maiores probabilidades de problemas emocionais e comportamentais aos 5 anos de idade (Totsika *et al.*, 2011a). Nesse sentido, as crianças participantes desse estudo poderiam estar mais vulneráveis a apresentar problemas de comportamento,

porque a média de idade das crianças é de aproximadamente cinco anos de idade ($M=59,07$). Entretanto não foi apresentado nenhuma informação sobre as características de desenvolvimento das crianças, principalmente se apresentavam algum prejuízo no nível intelectual que pudesse influenciar esses resultados.

As análises quantitativas mostraram que o resultado não aponta para incoerências entre a percepção dos pais e das mães, considerando que ambos evidenciaram médias semelhantes para as dificuldades de comportamento das crianças e do comportamento prosocial, exceto para os problemas de relacionamento com os pares ($p<0,05$). Esses resultados refutam a quinta hipótese dessa pesquisa porque se esperava que as crianças com TEA tivessem mais dificuldades do que comportamentos prosociais. O estudo com famílias de crianças com desenvolvimento típico da Coréia do Sul, conduzido por Yuh (2017) também utilizou o SDQ e constatou que os pais e as mães não divergiram sobre a percepção das dificuldades de comportamento dos filhos. Estudos brasileiros com pais de crianças com desenvolvimento típico também encontraram resultados semelhantes (Borsa & Nunes, 2008; Mosmann, Costa, Einsfeld, Silva & Koch, 2017; Souza & Mosmann, 2013).

Cabe ressaltar que tanto o grupo de pais quanto o de mães concordam que os principais problemas de comportamento do seu filho com TEA se refere aos sintomas de hiperatividade. Pesquisas com mães britânicas de crianças com TEA com e sem Deficiência Intelectual (DI) também foi aplicado o SDQ e foi constatado que os níveis de hiperatividade foram significativamente maiores em crianças com TEA e DI em comparação aos seus pares com apenas DI ou apenas TEA (Totsika *et al.*, 2011a; Totsika *et al.*, 2011b). Esse resultado revela que o nível de comprometimento cognitivo associado ao TEA pode aumentar a probabilidade da criança apresentar sintomas de hiperatividade, como as dificuldades de controlar os seus impulsos e agitação. Um dos poucos estudos brasileiros que se propôs a investigar os problemas de comportamento das crianças com TEA, utilizou do instrumento *Child Behavior Checklist (CBCL)* e verificou que as mães das crianças com TEA acreditam que os seus filhos também apresentem problemas de atenção (Marteleto, Schoen-Ferreira, Chiari & Perissinoto, 2011). No SDQ as dificuldades para manter a atenção estão associadas a dimensão da hiperatividade e assim o estudo brasileiro corrobora com os resultados obtidos nessa pesquisa, embora esses achados podem estar

associados as dificuldades de compreensão da linguagem das crianças com TEA. Os sintomas de hiperatividade geralmente são classificados como problemas de comportamento externalizante e esse quando associado ao funcionamento familiar mais pobre, pode levar ao aumento da negatividade nas percepções parentais e o menor funcionamento social (Sikora *et al.*, 2013).

O comportamento prossocial está abaixo da média da tabela normativa do SDQ, o que já era de se esperar de uma população de crianças com TEA, devido às principais dificuldades estarem relacionadas com um prejuízo nas habilidades de comunicação e interação social. Outras investigações internacionais que utilizaram o SDQ com pais de crianças com TEA em comparação a outras populações de crianças também observaram que elas apresentam menor nível de comportamento prossocial (Horiuchi *et al.*, 2014; Iizuka *et al.*, 2010; Totsika *et al.*, 2011a; Totsika *et al.*, 2011b; Saito *et al.*, 2017).

As análises de correlação das dimensões do SDQ revelaram que os problemas de relacionamento com os pares e os problemas de conduta possuem uma correlação positiva de força moderada no grupo de pais. Aparentemente o aumento das dificuldades de cumprir regras sociais está associado ao aumento de problemas de relacionamento com outras crianças. Além disso, os problemas de relacionamento com os pares possuem uma correlação negativa com o comportamento prossocial para o grupo de pais. Devido ao baixo repertório de habilidades do comportamento prossocial das crianças há uma tendência de aumentar os problemas de relacionamento com os pares. O estudo britânico de Totsika *et al.* (2011a) verificou que quanto maior o nível de traços de autismo na criança maior será o nível de problemas de relacionamento com os pares. Em uma pesquisa realizada em Taiwan os pesquisadores encontraram uma associação entre traços autísticos e a dificuldade de relacionamento com outras crianças, incluindo incapacidade de fazer amigos e manter relacionamentos, incluindo timidez, bullying (Hsiao, Tseng, Huang & Gau, 2013). As crianças com TEA apresentam uma tendência de manter os sintomas de problemas de relacionamento com os pares no decorrer do desenvolvimento (Horiuchi *et al.*, 2014). Por outro lado, a pesquisa de Camargo e Bosa (2012) realizada no Brasil, analisou o perfil de competência social de uma criança pré-escolar com autismo, na escola comum comparado a uma criança com desenvolvimento típico e investigou a influência do ambiente escolar (sala de aula ou pátio) no perfil dessa competência de

ambas. A criança com autismo demonstrou maior frequência de comportamentos de cooperação e asserção social e menor frequência de agressão e desorganização do *self*, no pátio.

Para o grupo de mães as correlações foram fracas, mas podem dar indícios comportamentais que merecem maior atenção. As mães acreditam que quanto mais as crianças apresentam problemas de conduta, como a infração as regras sociais, maior também será o risco de estarem vulneráveis a apresentar sintomas emocionais, como medo excessivo e choro, sintomas de hiperatividade, como agitação e dificuldades de concentração e problemas de relacionamento com outras crianças. Além disso, elas acreditam que quanto mais a criança apresenta sintomas de hiperatividade maiores serão as suas dificuldades para estabelecer uma relação de qualidade com os pares.

Compreende-se que as crianças com problemas de comportamento, com poucas habilidades para conter os seus impulsos e emoções podem apresentar maiores dificuldades para desenvolver um comportamento empático de se colocar no lugar do outro, o que dificulta a promoção de uma habilidade prossocial (Mestre, Tur, Samper, Nácher & Cortés., 2007). A ausência das ações prossociais no repertório infantil parece dificultar as interações sociais estabelecidas pela possibilidade da criança recorrer às alternativas desfavoráveis as demais pessoas nas situações sociais (Sabbag, 2017). Mas no caso de crianças com TEA, a dificuldade de desenvolver empatia é anterior ao surgimento dos problemas de comportamento, devido as características de desenvolvimentais dessa população.

Os atributos do próprio indivíduo, mais especificamente, características determinadas biologicamente e características oriundas da interação com o ambiente, esses aspectos são conhecidos como o núcleo pessoa no modelo bioecológico do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1999). Para essa reflexão destacam-se principalmente dois componentes desse núcleo, os recursos e disposições. Os recursos correspondem as habilidades e deficiências que interferem nos processos proximais ao longo do tempo. Na população infantil com TEA, os recursos são prejudicados pelos comprometimentos característicos do transtorno, por exemplo, o déficit na comunicação e na interação social. As disposições se referem aos elementos comportamentais que permitem ou evitam os processos proximais do indivíduo com o ambiente. Em virtude dos problemas de comportamento associados as características do transtorno como a adesão inflexível a rotinas e rituais

específicos, não funcionais e resistência frente a mudanças. Nas entrevistas realizadas com os casais foram identificados alguns conteúdos nos relatos dos pais que expressavam alguns recursos e disposições da criança com TEA, como o prejuízo na comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. As dificuldades relacionadas a comunicação e interação social tiveram uma maior ocorrência em comparação aos padrões restritos e repetitivos de comportamento, sendo os recursos disfuncionais de comunicação como as principais barreiras para os processos proximais entre a criança e os pais. Pode-se dizer que esses aspectos produzem repercussões nos processos proximais no microsistema familiar (Silva, Vieira & Schneider, 2016).

A prevalência elevada de problemas de comportamento comórbidos em crianças com TEA é especialmente importante em uma perspectiva sistêmica, uma vez que em um estudo longitudinal descobriu que os sintomas comportamentais das crianças previam significativamente os relatos dos pais de estresse elevado, aumento do isolamento social e um rebaixamento do funcionamento familiar (Gray, 1994, 2006). Portanto, a combinação de crianças com TEA e problemas de comportamento, além do comprometimento no funcionamento social, podem aumentar a pressão sobre os pais. Nesse sentido é necessário compreender melhor a associação entre os problemas de comportamento e os estilos parentais dentro do sistema familiar.

7.5.3. Estilos Parentais

Os pais se tornaram cada vez mais envolvidos no tratamento de seus filhos com TEA e, em alguns casos, são os principais participantes do tratamento (Coolican *et al.*, 2010; Karst & Van Hecke, 2012; Minjarez, Williams, Mercier & Hardan, 2011). Nesse sentido se torna necessário a investigação dos estilos parentais adotados pelos cuidadores.

As análises estatísticas revelaram que os casais pesquisados de modo geral adotam principalmente o estilo parental autoritativo. Esse resultado foi verificadotanto na visão dos respondentes sobre si e quanto na visão deles sobre o comportamento do seu(sua) companheiro(a), o que significa o estabelecimento de regras claras e consistentes e a utilização do reforço dos comportamentos positivos da criança e o controle dos comportamentos negativos. A análise de cluster desse

estudo revelou que os pais que utilizam esse estilo parental pertencem ao terceiro perfil e têm filhos com habilidades de comportamento pró-social mais elevadas. Esse modelo de educação do filho é endossado pela fala da mãe do Bruno (*Ex: Ele é ótimo assim, ótima criança, obediente, tem hora que ele quer às vezes meio que retrucar, mas dá uma seguradinha, da uma puxadinha na rédea, ele já se acomoda no lugarzinho dele e pronto...[Mãe do Bruno]*). Baumrind (1991) revisou o seu modelo teórico e denominou o estilo autoritativo de democrático-recíproco. Nesse estilo se encontram os pais que possuem elevados níveis de exigência e responsividade. Esses pais possuem habilidades assertivas e estabelecem regras claras e consistentes e reforçam os comportamentos positivos da criança e tomam atitudes para ajustar os comportamentos negativos.

Esses resultados confirmam a quarta hipótese desse estudo, pois se acreditava que os casais deveriam apresentar certa semelhança na avaliação dos estilos parentais por compartilharem as características do mesmo contexto. Martin *et al* (2007) defendem a ideia de que os genitores possuem um estilo parental mais comum por conviverem juntos. No entanto, o resultado dessa pesquisa vai de encontro com a quinta hipótese do estudo, porque se esperava que tanto os pais como as mães utilizarem mais do estilo autoritário ou permissivo como apontam outros estudos realizados com os pais de crianças com TEA ou com outras condições clínicas (Blacher, Baker & Kaladjian, 2013; Gau *et al.*, 2008; Gau *et al.*, 2010; Hutchison *et al.*, 2016; Minetto *et al.*, 2012; Phillips, Connors & Curtner-Smith, 2017; Riany, Cuskelly & Meredith, 2017; Su *et al.*, 2017; Van Steijn *et al.*, 2013; Ventola *et al.*, 2017).

Dentre as poucas pesquisas que encontraram resultados relacionados ao estilo autoritativo em famílias de crianças com TEA, destaca-se o estudo comparativo entre mães de crianças com TEA e com desenvolvimento típico (DT) dos Países Baixos e da Bélgica. As mães de crianças com TEA obtiveram escores mais altos em parentalidade positiva do que as mães com filhos com desenvolvimento típico (Maljaars *et al.*, 2014). Esse tipo de parentalidade é geralmente associado ao estilo autoritativo, encontrado no presente estudo. Um estudo realizado com 80 mães israelenses, sendo 40 de crianças com TEA e as demais com desenvolvimento típico constatou que na regulação do comportamento de medo nas crianças, o estilo parental autoritativo desempenha um papel mais central para o comportamento regulatório das crianças com TEA (Hirschler-Guttenberg *et al.*, 2015).

Por meio das análises quantitativas também encontrou-se correlação fraca entre o estilo autoritativo da mãe e o comportamento prósocial; esse dado também foi encontrado na análise de cluster para os pais das crianças do terceiro perfil. Pode-se dizer que aparentemente o uso do estilo autoritativo com a utilização de estratégias de reforçamento acompanhadas pelo afeto e o estabelecimento de regras consistentes também aumenta as habilidades de comportamento prósocial da criança. Estudos com famílias de crianças com desenvolvimento típico identificaram que os estilos parentais autoritativos possuem uma relação com o desenvolvimento do comportamento prósocial infantil (Deković & Janssens, 1991; Goelman *et al.*, 2014; Sabbag, 2017). Principalmente, o estilo autoritativo materno é preditor do comportamento prósocial nos filhos com desenvolvimento típico. Pode-se dizer que as mães contribuem de forma mais significativa que os pais na promoção dessas habilidades sociais nos filhos (Hastings *et al.*, 2007). Contudo, as análises realizadas nessa pesquisa não permitem essa inferência sobre a predição do comportamento parental da mãe e o comportamento prósocial dos filhos com TEA.

Os resultados das mães também revelaram que ao adotar um estilo parental autoritário com a utilização excessiva de punições pode aumentar os problemas de conduta que envolve a infração as regras sociais. Esses achados confirmam parcialmente a segunda hipótese desse estudo porque essa correlação só foi encontrada no grupo de mães. Provavelmente esse resultado foi carregado principalmente com os casais do quarto perfil da análise de clusters, no qual as crianças possuem maiores problemas de comportamento e os cuidadores utilizam do estilo autoritário. Os problemas de conduta são considerados problemas de comportamento externalizante e nos estudos de Boonen *et al* (2014), Schmidt (2008) e Ventola *et al* (2017) os pais de crianças com TEA tem a tendência de responder a comportamentos mais disruptivos com maior controle parental, punição severa e podem ser menos tolerantes, pode-se dizer que essas práticas parentais estariam associadas ao estilo autoritário.

Por outro lado, os pais que utilizam mais do estilo permissivo com uma criação sem exigências e no provimento de todos os desejos da criança poderão aumentar o nível de sintomas emocionais da criança, como os relacionados a ansiedade e ao choro excessivo. O predomínio do estilo parental permissivo foi mais evidente no primeiro perfil de pais

da análise de clusters. Os sintomas emocionais são considerados problemas de comportamento internalizante e esses possuem associação ao estilo parental permissivo (Williamset *al.*, 2009).

Os estilos parentais têm sido investigado em famílias de crianças com desenvolvimento típico por meio de associações com outros fenômenos como a coparentalidade (Abidin & Brunner, 1995; Böing& Crepaldi, 2016; Esteves, 2010; Feinberg, 2003; Pedro *et al.*, 2013).

7.5.4. Relacionamento Coparental

Os pesquisadores tem notado que a qualidade da relação coparental, entre casais, exerce maior influencia sobre o desenvolvimento da criança que o relacionamento conjugal e a parentalidade (Feinberg, Kan & Hetherington, 2007; Lamela, Nunes-costa& Figueiredo, 2010; Schoppe-Sullivan *et al.*, 2004).Por isso, a investigação sobre esse fenômeno é tão importante numa perspectiva sistêmica que busca apreender a complexidade das interações que ocorrem no microsistema familiar.

As análises quantitativas revelaram que os casais concordam com as características do seu relacionamento coparental. Em ambos os grupos, o reconhecimento da parentalidade do parceiro é a dimensão mais elevada, o que demonstra o reconhecimento da importância do outro na sua função parental e o respeito as suas decisões em prol da educação da criança. Tal fato evidencia uma satisfação dos cônjuges com o desempenho dos seus parceiros em relação ao cuidado dos filhos. Essa dimensãodiz respeito ao reconhecimento positivo de um parceiro em relação à parentalidade do outro e o quanto há de aprovação entre os cônjuges quando estão exercendo a função de pais (Feinberg *et al.*, 2012).

Esse resultado corrobora para a confirmação da quarta hipótese dessa pesquisa que os casais deveriam apresentar semelhança na avaliação na relação coparental. Todavia esses resultados não confirmam a quinta hipótese da pesquisa que esperava uma relação coparental com maior desacordo nas práticas parentais, sabotagem na função parental e insatisfação na divisão das tarefas. Por outro lado, os dados sociodemográficos e da análise qualitativa demonstraram que as mães são as principais cuidadoras e muitas vezes se sentem sobrecarregadas com os cuidados do filho e se queixam da divisão do trabalho com esposo e do envolvimento dele nessas atividades, eles

também reconhecem que são mais ausentes nas tarefas parentais. Como as mães são as principais cuidadoras das crianças com TEA, o papel delas em famílias de crianças com desenvolvimento típico tem se tornado essencial no microssistema familiar e elas podem moldar o envolvimento paterno através das suas atitudes de crítica ou encorajamento do parceiro (Schoppe-Sullivan *et al.*, 2008).

Tanto o grupo de pais quanto o de mães concordam que quanto maior o apoio percebido no seu papel parental pelo seu parceiro/a mais os dois reconhecem uma semelhança na diáde parental quanto aos valores e crenças parentais. Outros estudos com pais de crianças com desenvolvimento típico apontam para a mesma direção, Margolin *et al* (2001) identificaram que as mães têm a tendência de apresentarem níveis maiores de cooperação no relacionamento coparental, enquanto os estudos de Lindsey, Caldera e Colwell (2005) e Belsky, Crnic e Gable (1995) sugerem que o pai é mais solidário na relação coparental. A cooperação e solidariedade podem ser entendidas como sinônimos equivalentes ao apoio coparental no modelo teórico de Feinberg.

Os casais também compactuam da mesma opinião de que quanto maior o suporte recebido do parceiro na sua função parental maior será o sentimento de proximidade na relação coparental. Esse resultado é reforçado pelos relatos dos pais que participaram da entrevista sobre as características de proximidade e suporte coparental. A descoberta do diagnóstico de TEA foi um motivo de maior proximidade na relação e aumento do diálogo, como destaca o pai do Luiz (Ex: o diálogo também, nós dois temos o mesmo pensamento, sempre conversamos sobre ele, como ajudar, melhorar, acho que isso...[Pai do Luiz]) e a mãe do Luiz destaca o suporte fornecido pelo parceiro (Ex: Então quando tá numa fase difícil que eu tô pra cair, eu tô pra desanimar, ele vem e me sustenta. Então vice e versa. Um é o suporte do outro...[Mãe do Luiz]). Sifuentes e Bosa (2010) corroboram com os achados da pesquisa, ao constatarem que durante o processo diagnóstico de TEA e também diante das dificuldades de comportamento do filho o casal apresenta característica de solidariedade e apoio mútuo.

Os resultados de May *et al* (2017) revelaram que a descoberta do diagnóstico do TEA do filho fez com que os membros do casal atribuíssem maior importância a relação coparental, acompanhada pela percepção de competência parental de si, reconhecimento do suporte fornecido pelo parceiro e pela distribuição de tarefas parentais. A fonte mais importante de apoio para muitos pais é o suporte que eles recebem

do companheiro(a) parental, porque em famílias monoparentais de crianças com desenvolvimento típicos níveis de estresse parental são mais elevados (Cooper, McLanahan, Meadows & Brooks-Gunn, 2009, Kersh, Hedvat, Hauser-Cram & Warfield, 2006, Williford, Calkins & Keane, 2007). Em famílias de crianças com TEA não há diferenças na percepção dos pais em termos de apoio, respeito e compromisso no relacionamento familiar (Brobst *et al.*, 2009).

Entre os pais de crianças com TEA, a maior qualidade da coparentalidade (maior comunicação, trabalho em equipe e respeito pelo parceiro na função parental) tem sido significativamente associado ao menor estresse parental tanto em mães como em pais (May *et al.*, 2015). O maior acordo sobre cuidados parentais, maior apoio recebido e menor exposição aos conflitos foram todos associados com menor estresse parental (Thullen & Bonsall, 2017).

As dimensões acordo parental e sabotagem evidenciaram que os pais e as mães das crianças com TEA compartilham da mesma ideia de que quanto maior o acordo entre as práticas parentais menor será o nível de sabotagem do papel parental do(a) companheiro(a). Esse resultado é muito relevante para o equilíbrio das relações estabelecidas no microsistema familiar, porque geralmente o cuidado do filho com TEA é atribuído ao maior nível de estresse parental e conseqüentemente uma relação parental negativa com maiores níveis de conflito e desacordo (Simet *et al.*, 2015). Ao longo do tempo é necessário um equilíbrio nas práticas parentais dos pais e isso depende da capacidade deles para gerenciar o estresse e trabalhar em conjunto para manter um alto nível de cuidados ao filho com TEA (Thullen & Bonsall, 2017). Levanta-se como hipótese para explicar esses resultados que em virtude das mães serem as principais cuidadoras e passarem mais tempo com os seus filhos e os pais muitas vezes se ausentarem das funções parentais, pode favorecer para que os níveis de acordo das práticas parentais sejam elevados e para o baixo nível de sabotagem na relação coparental.

Quanto as associações entre as dimensões do relacionamento coparental e os estilos parentais elas ajudam a confirmar parcialmente a terceira hipótese dessa tese porque não foram encontradas relações entre o estilo autoritativo e as dimensões da relação coparental. Por outro lado, foram encontradas relações entre o estilo autoritário e permissivo dos pais e o aumento da exposição aos conflitos, as mães também apresentaram correlação positiva do estilo permissivo com a dimensão sabotagem parental e negativa entre o estilo permissivo e o acordo

parental e o reconhecimento da parentalidade do parceiro. Boing & Crepaldi (2016) realizaram uma investigação com pais de crianças com desenvolvimento típico e verificaram resultados semelhantes principalmente no que tange a correlação entre o estilo permissivo e a exposição da criança aos conflitos do casal na percepção do pai. Quanto mais o pai refere falta de firmeza em seu modo de educar o filho, mais refere exposição da criança ao conflito coparental. Compreende-se que as relações obtidas entre os estilos parentais e a coparentalidade apontam para a recursividade entre os subsistemas parental e coparental.

Diversos estudos apontam para as relações entre as dificuldades no relacionamento coparental e aumento de problemas de comportamento das crianças com desenvolvimento típico (Barzel & Reid, 2011; Feinberg, Kan & Hetherington, 2007; Leroy, Mahoney, Pargament & Demaris., 2013; Kolak & Volling, 2013; Mosmann *et al.*, 2017; Schoppe-Sullivan *et al.*, 2001, 2009; Scrimgeour, Blandon, Stifter & Buss, 2013) e ao relacionamento coparental saudável e o desenvolvimento do comportamento pró-social na criança (Mangelsdorf *et al.*, 2011; Schoppe-Sullivan *et al.*, 2001; Scrimgeour *et al.*, 2013). Além disso, um estudo recente com os pais de crianças com TEA descobriu que a coparentalidade mediou parcialmente a relação entre comportamentos desafiantes da criança e o estresse parental, de modo que os pais de crianças com maior comportamento atípico relataram menor estresse parental se eles tivessem uma forte aliança parental (Hill-Chapman *et al.*, 2013).

Nesse sentido, foram verificadas as relações entre as dimensões da relação coparental, os problemas de comportamento das crianças com TEA e o seu comportamento pró-social. Diante dos resultados foi possível confirmar parcialmente a primeira hipótese da tese porque não foram obtidas relações entre as dimensões da coparentalidade e as capacidades de comportamento das crianças relacionadas ao comportamento pró-social. Todavia as dimensões da coparentalidade tiveram uma relação com as dificuldades de comportamento das crianças, principalmente o grupo de pais. A segunda hipótese também foi parcialmente confirmada devido a relação entre o estilo autoritário das mães e o aumento dos problemas de conduta da criança.

Os pais obtiveram uma correlação positiva entre as dimensões sabotagem coparental e exposição da criança a conflitos e os problemas de relacionamento do filho com os pais e uma correlação negativa entre esse problema de comportamento da criança e a dimensão suporte

coparental. Esses resultados revelam que quanto maior a percepção dos pais que o seu filho com TEA apresenta problemas de relacionamento com outras crianças menor será o apoio que ele recebe da sua parceira na sua função parental e haverá o aumento do nível de sabotagem das práticas parentais e da exposição da criança aos conflitos do casal, o que pode corroborar para a manutenção dos problemas de comportamento da criança. Alguns estudos realizados com pais de crianças com desenvolvimento típico apoiam esses achados, Scott (2009) verificou que o suporte coparental apresenta uma associação com problemas de comportamento infantil. Uma relação positiva também foi encontrada entre sabotagem coparental e problemas de ajustamento infantil, especialmente no grupo de pais (Leroy *et al.*, 2013). Os problemas de comportamento internalizante/externalizante da criança também foram associados com a dimensão exposição a conflitos no relacionamento coparental (Barzel & Reid, 2011). No entanto, as dificuldades comportamentais das crianças com TEA podem ser oriundas das especificidades das suas alterações no neurodesenvolvimento e justamente por isso, pode acarretar numa elevação do estresse parental e assim refletir na relação coparental.

As mães, por sua vez, acreditam que quanto mais expõem as crianças aos conflitos no relacionamento coparental maior também serão os sintomas emocionais apresentados pelo filho. O estudo preditivo de Mosmann *et al* (2017) com pais e mães de crianças com desenvolvimento típico constatou que a variável reconhecimento da parentalidade do parceiro é preditora de sintomas internalizantes (problemas de relacionamento com o parceiro e sintomas emocionais) e sintomas externalizantes (hiperatividade, problemas de conduta), indicando que, quanto menor o reconhecimento do parceiro, mais sintomas emocionais e de comportamento nos filhos. Nesse sentido, na ausência desse reconhecimento há uma tendência dos parceiros apontarem os erros do companheiro e esse atrito na relação coparental reverberar no aumento dos problemas de comportamento da criança e nos demais sistemas, conjugal e parental. Esses resultados são divergentes aos achados na presente pesquisa, porque não foi encontrada nenhuma relação da dimensão reconhecimento do parceiro com os problemas de comportamento. No entanto, as análises de correlação revelaram que os sintomas internalizantes parecem estar mais associados as dimensões do relacionamento coparental nas famílias de crianças com TEA.

As dimensões da coparentalidade de Feinberg (2003) são compreendidas como um conjunto inserido em um contexto ecológico que interagem com variáveis individuais de cada membro da díade parental do histórico do relacionamento familiar anterior à gravidez e de contextos extrafamiliares. Essa investigação permitiu a verificação das relações existentes entre as variáveis de comportamento da criança com TEA e as suas relações com as variáveis do sistema parental, nesse caso representado pelos estilos parentais e também pelas dimensões do relacionamento coparental. Compreende-se que os resultados não são podem ser generalizados para todas as famílias com TEA, mas retrata a realidade dessa população. Para aprofundar a compreensão sobre esse fenômeno serão discutidas as principais dificuldades e recursos utilizados pelas famílias de crianças com TEA.

7.5.5. Principais dificuldades e recursos utilizados pelos pais nos cuidados do filho com TEA

Nesse momento serão apresentados alguns recortes dos dados qualitativos que permitem a compreensão das principais dificuldades enfrentadas pelos pais das crianças com TEA e também quais os recursos que eles utilizam para atender as suas necessidades. Algumas das principais dificuldades estão relacionadas a categoria percepção do filho, principalmente ao que tange a subcategoria autismo. Essa subcategoria define as características do filho a partir da sintomatologia do TEA, como o prejuízo na comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. As dificuldades relacionadas a comunicação e interação social tiveram uma maior ocorrência em comparação aos padrões restritos e repetitivos de comportamento.

Ao receber o diagnóstico, os pais enfrentam a perda de expectativas para uma criança em desenvolvimento e são confrontadas com incertezas no que se refere apenas ao futuro da criança, mas também ao da família (Dale, Jahoda & Knott, 2006; Desai, Divan, Wertz & Patel, 2012; Poslawsky, Naber, Van Daalen & Van Engeland, 2013). Por vezes, a sintomatologia do TEA pode levar os pais, principalmente as mães a se sentirem mais estressadas ou com sintomas elevados de depressão, diminuição da qualidade de vida e aumento dos níveis de problema de saúde, piores indicadores de sensação de bem-estar. (Abbeduto *et al.*, 2004; Benson & Karlof, 2009; Dabrowska & Pisula, 2010; Davis & Carter, 2008; Duarte *et al.*, 2005; Eisenhower *et*

al. 2005; Griffith, *et al.*, 2010; Hoffman *et al.* 2009; Lee *et al.*, 2009; Montes & Halterman, 2007; Olsson & Hwang, 2003; Yamada *et al.*, 2007; Yirmiyae & Shaked, 2005). Principalmente as dificuldades de comunicação e interação social e os comportamentos restritos e repetitivos tem sido relatados como os principais estressores, (Beurkens, Hobson & Hobson, 2012; Semensato, 2013), como foram apontados pelos pais na entrevista.

Algumas crianças com TEA também apresentam sintomas de agressividade e comportamentos opostos que podem elevar o estresse parental (Davis & Carter, 2008, Meimes, Saldanha & Bosa, 2015; Semensato, Schmidt & Bosa, 2010), sendo geralmente as mães as mais afetadas (Schmidt & Bosa, 2007). Essas características das crianças com TEA foram referidas pelos casais nas entrevistas como os comportamentos que geram o maior incômodo.

Outra dificuldade dos pais está relacionada com as preocupações sobre o desenvolvimento da criança e ao seu futuro. Essa categoria é denominada preocupação com o contexto social e é dividida em duas subcategorias: *sociedade* e *escola*. A subcategoria *sociedade* é definida pela preocupação dos pais que o filho com TEA possa sofrer algum tipo de discriminação no contexto social ou não consiga ter autonomia na sociedade em virtude das suas limitações ou até mesmo não atingir padrões normativos de desenvolvimento, como ter um emprego, casar e ter filhos. Em virtude da limitação no desenvolvimento da criança os pais temem o seu futuro. Uma preocupação central para eles é se o filho conseguirá viver de forma independente, principalmente quando eles não estiverem mais presentes para prover o cuidado (DePape & Lindsay, 2015; Semensato, Schmidt, Bosa, 2010; Smeha & Cezar, 2011). Na pesquisa de Smeha & Cezar (2011) algumas mães perceberam que o seu filho com TEA causa um incômodo nas pessoas porque elas olham com uma aparência de reprovação, o que denota um gesto de preconceito. Possivelmente as mães interpretam qualquer discriminação dirigida aos seus filhos como se fossem para elas e conseqüentemente, elas se sentem fragilizadas em situações sociais (Mannoni, 1999).

A inclusão da criança na comunidade gera muitas angústias nos pais em virtude da rejeição social. Essa dificuldade também fica evidente na entrada do filho na escola por causa limitações na interação social com os pares e os problemas de aprendizagem (Jerusalinsky, 2007). Os pais que participaram da entrevista também referiram a preocupação com a inclusão no filho no contexto escolar,

principalmente pelas restrições impostas pelos professores (Smeha & Cezar, 2011) falta de habilidade dos profissionais de lidarem com as demandas da criança (DePape & Lindsay, 2015; Lindsay, Proulx, Scott & Thomson, 2014). Apesar que no Brasil esse é um direito previsto nas políticas públicas para as pessoas com deficiência, incluindo o TEA (Brasil, 2012, 2015). Para superar essas situações de preconceito, o fomento de políticas públicas relacionadas a inclusão das pessoas com TEA e a divulgação na mídia poderiam aumentar a conscientização sobre o transtorno e reduzir o estigma que atormenta essas pessoas e seus cuidadores (Ooi, Ong, Jacob & Khan, 2016).

Para lidar com as adversidades no contexto familiar os casais participantes da pesquisa utilizam de diversos recursos, mas principalmente a rede de apoio social emerge como um recurso essencial para a garantia de cuidados para a criança e para os cuidadores, principalmente o apoio para a mãe. Compreende-se a rede social como o conjunto de relações significativas que o sujeito constrói com outras pessoas e/ou instituições. São essas relações que irão promover o suporte social através de diferentes tipos de apoio, como o emocional, cognitivo e o financeiro (Sluzki, 1997).

Uma recente revisão da literatura constatou que o apoio social é um tema amplamente pesquisado no contexto de famílias de crianças com deficiência intelectual ou atrasos do desenvolvimento (Santos & Pereira-Martins, 2016). As estratégias de coping em busca de apoio social utilizados pelos pais apresentam uma correlação positiva com o fortalecimento familiar refletindo em estratégias mais adequadas para o manejo do estresse parental (Schmidt, Dell'aglio, Bosa, 2007; Sivberg, 2002). O apoio social foi considerado como um mediador e moderador do otimismo e do bem-estar em mães de crianças com TEA (Ekas, Lickenbrock & Whitman, 2010) e com melhores indicadores de qualidade de vida dos pais, principalmente da mãe (Vasilopoulou & Nisbet, 2016). Estudos tem apontado que a rede de apoio social e conjugal é considerada um fator protetivo na saúde materna e nas interações com a criança no sistema familiar (Cappe, Wolff, Bobet, & Adrien 2011; Ekas *et al.*, 2010; Lickenbrock, Ekas, & Whitman, 2011).

A categoria *rede de apoio social* é dividida nessa pesquisa em duas subcategorias: *formal e informal*. As relações formais seriam compreendidas como aqueles contatos com profissionais vinculados as instituições de saúde, educação, assistência social, etc. Os casais destacaram principalmente a importância dos serviços de saúde e o SUS,

principalmente o cuidado da equipe de profissionais do CER vinculados a UNIVALI para ajudá-los no manejo das dificuldades do filho com TEA. Estudos ressaltam o efeito positivo do apoio social formal sobre a criança e a família (Blackledge & Hayes, 2006; Chiang, 2014; Schmidt & Bosa, 2007) e sobre as estratégias de coping dos pais (Marques & Dixe, 2011; Schmidt, Dellaglio, Bosa, 2007). Em contraste, estudos realizados brasileiros com mães de crianças com TEA verificaram que as famílias não recebem o suporte adequado dos serviços de saúde e não há uma comunicação entre os profissionais que prestam assistência a criança (Meimes, Saldanha & Bosa, 2015; Smeha & Cezar, 2011). Bradford (1997) resalta o papel primordial de suporte que o acesso aos serviços de saúde e aos profissionais exercem para os pais na aceitação do diagnóstico e no tratamento do filho com TEA (Zanon, Backes e Bosa, 2017).

Cabe destacar também a importância das relações de apoio informal compostas por vínculos com os demais indivíduos (família, comunidade, amigos) e outros dispositivos midiáticos (internet, TV). Os casais destacaram principalmente a importância do companheiro(a) para o enfrentamento das situações adversas. Além de ajudar, os cônjuges foram frequentemente designados como o sistema de apoio mais importante ao compartilhar os encargos logísticos e financeiros (Corcoran, Berry & Hill, 2015; Smeha & Cezar, 2011). Numa melhor relação conjugal, o apoio mútuo entre o casal foi visto como uma fonte valiosa de enfrentamento (Ooi *et al.*, 2016). Embora a família como um todo e a relação conjugal sofressem tensão diante da descoberta do diagnóstico do TEA, os parceiros ainda estavam juntos e, em alguns casos, se aproximaram ainda mais a partir dessa experiência. O estudo de National Survey of Children's Health envolvendo 77.911 entrevistas com pais de crianças com TEA descobriu que eles não apresentam um risco maior de separação ou divórcio (Freedman *et al.*, 2012). No entanto, eles tendem a ter menos filhos subseqüentes, de acordo com um estudo de registros de nascimento da Califórnia (Hoffmann *et al.*, 2014). Os motivos podem incluir o medo de ter outro filho com um TEA, o enorme estresse de criar crianças com TEA e a preocupação de já negligenciar alguns cuidados aos outros filhos com desenvolvimento típico.

O apoio da família extensa, principalmente dos avós das crianças também foi apontado pelos entrevistados, principalmente as mães como uma fonte de suporte social significativa. Essas figuras parentais

proveem apoio emocional e financeiro para a família e a criança e geralmente são lembrados como os principais fornecedores de apoio em situações atípicas com o filho (Castro & Piccinini, 2002; Smeha & Cezar, 2011).

Um dos recursos mais citados pelos casais entrevistados é a busca por informações sobre TEA através da televisão, internet e livros, como é destacado por algumas mães. A busca de explicações sobre TEA como uma estratégia de enfrentamento dos sentimentos negativos e do estresse foi referida por pais de diferentes estudos (DePape & Lindsay, 2015; Meimes, Saldanha & Bosa, 2015; Santos & Pereira-Martins, 2016). Esse tipo de empoderamento dos pais permite que eles adquiram um senso de controle da situação com o filho e consigam lutar pela garantia dos seus direitos (Ooi *et al.*, 2016).

Destacam-se também os grupos de pais que alguns membros participam na comunidade como um recurso importante para a aceitação do filho com TEA (Semensato, Schmidt e Bosa, 2010). Alguns pais decidiram aprender tudo sobre o TEA e se juntaram à grupos de apoio. Eles também aprenderam e desafiaram a informação que recebem principalmente dos profissionais de saúde (DePape & Lindsay, 2015). Alguns benefícios de participar desses grupos de apoio estão associados a uma sensação de esperança em educar os filhos e a possibilidade de participar de um novo círculo social (Ooi *et al.*, 2016).

Em síntese, as principais dificuldades dos pais estão relacionadas a sintomatologia típica do quadro de TEA, como o comprometimento qualitativo na comunicação e interação social recíproca e os comportamentos repetitivos e estereotipados e a restrição de interesses, acompanhados pelos problemas de comportamento como o excesso de birra e agressividade. Além disso, os pais apresentam algumas preocupações com o contexto social da criança, como o preconceito da sociedade e dificuldades de inclusão no contexto escolar, bem como, expectativas negativas sobre o alcance de independência na vida adulta. Para lidar com essas situações tão adversas os pais contam com alguns recursos da sua rede de apoio, como o suporte fornecido pelo parceiro e dos avós. Os pais também destacam a importância dos serviços de saúde no atendimento da criança e também como uma fonte de orientação para os cuidados com o filho. A busca autônoma deles sobre informações das características de desenvolvimento do TEA e a participação em grupos de apoio com outras famílias também foram recursos destacados pelos pais.

Por fim, ressalta-se algumas contribuições do modelo teórico de Bronfenbrenner. Esse modelo compreende o desenvolvimento humano como um fenômeno decorrente da ação dos processos proximais, isto é, as relações estabelecidas entre o organismo humano biopsicológico e as pessoas, objetos e símbolos em seu ambiente imediato, o que significa uma interação simultânea das variáveis relativas ao *processo*, à *pessoa*, ao *contexto* e ao *tempo* (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Bronfenbrenner, 1999).

Ao adotar uma perspectiva sistêmica compreende-se que existe uma interação bidirecional provável entre os sintomas das crianças e o estilo parental adotado pelos pais e o relacionamento coparental. Em outras palavras, os *processos* proximais que ocorrem no microsistema familiar modificam o comportamento da criança, e a criança alterada, por sua vez, influencia o ambiente através do seu comportamento modificado. As influências bidirecionais continuam dessa maneira, resultando em mudanças no comportamento da criança, no subsistema parental e coparental e nas interações pais-filhos ao longo do tempo (Baker *et al.*, 2003; Lecavalier, Leone & Wiltz, 2006; Sameroff & MacKenzie, 2003).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi investigar as relações entre os estilos parentais, a coparentalidade e características de comportamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Além disso, buscou-se compreender os recursos e dificuldades enfrentadas pela família na criação do filho com Transtorno do Espectro Autista. Os resultados obtidos contribuem para a compreensão das inter-relações entre o comportamento infantil com os subsistemas parental (estilos parentais) e o subsistema coparental e de forma qualitativa foram levantadas algumas das principais dificuldades enfrentadas pelos pais e os recursos que eles utilizam para garantir o cuidado do filho com TEA. Essa tese também aponta resultados importantes devido a escassez de pesquisas que se preocupem em investigar a relação bidirecional do comportamento da criança com os subsistemas parental e coparental no microsistema familiar, principalmente quando a população tem alguma deficiência, como o TEA. Muitos estudos com as famílias de crianças com TEA pesquisaram os fenômenos separadamente e na maioria das vezes contou apenas com o relato da mãe, o que aponta a necessidade de investimento em estudos que contemplem o pai nas investigações nesse contexto.

Esta pesquisa também fornece uma contribuição metodológica, ao utilizar de uma combinação de abordagens quantitativa e qualitativa na análise dos dados. A análise de clusters possibilitou uma caracterização mais específica dos participantes e permitiu uma descrição mais detalhada dos fenômenos. Com a análise estatística inferencial permitiu a verificação das relações entre os fenômenos e a confirmação de algumas hipóteses e por fim com a abordagem qualitativa foi possível aprofundar as características do relacionamento coparental das escalas e também ampliar o entendimento sobre as principais dificuldades e estratégias de enfrentamento utilizados pelos casais nos cuidados do filho com TEA.

A percepção dos pais e das mães sobre o comportamento prossocial da criança e dos problemas de comportamento são semelhantes, exceto as dificuldades de relacionamento com os pares que as mães acreditam que os seus filhos com TEA tenham essa dificuldade de forma mais frequente que os pais. Os sintomas de hiperatividade

foram os problemas de comportamento mais prevalente na opinião dos pais e das mães e as habilidades de comportamento pró-social estão abaixo da média normativa para a população geral. Esses resultados já eram esperados em virtude da sintomatologia do TEA que envolve as dificuldades na comunicação e interação social e comportamentos restritos e repetitivos, muitas vezes a inabilidade para lidar com as demandas do ambiente faz com que eles se comportem de forma mais agitada.

Os casais também concordam com os estilos parentais empregados para a educação do filho com TEA, ambos utilizam principalmente do estilo parental autoritativo. Esse modelo é considerado o mais adaptativo, porque envolve o controle dos comportamentos da criança acompanhado por níveis elevados de responsividade as demandas do filho. Principalmente nessas famílias de crianças com TEA, os pais precisam monitorar muitas das dificuldades comportamentais dos filhos, ao mesmo tempo que necessitam prover o afeto para eles tenham algum modelo de referência para as habilidades de comportamento pró-social que favoreçam as suas interações sociais.

Os cônjuges também apresentam semelhanças sobre a percepção do relacionamento coparental, ambos concordam que o reconhecimento da parentalidade do parceiro como um ponto forte do seu relacionamento. Tal fato demonstra o reconhecimento da importância do outro na sua função parental e o respeito as suas decisões em prol da educação da criança, o que evidencia uma satisfação dos cônjuges com o desempenho dos seus parceiros em relação ao cuidado dos filhos.

A análise de correlação entre as características comportamentais das crianças, os estilos parentais e o relacionamento coparental revelaram diversas associações entre essas variáveis. O estilo parental autoritário da mãe e o estilo permissivo do pai foram relacionados ao aumento de problemas de comportamento, como os sintomas de conduta e emocionais, respectivamente. Por outro lado, o estilo autoritativo da mãe foi associado ao aumento de comportamentos pró-sociais. Os resultados também evidenciaram associações entre os problemas de comportamento e a coparentalidade, uma relação positiva foi encontrada entre a exposição da criança aos conflitos do casal e os problemas de relacionamentos com os pais na percepção dos pais e em contrapartida, as mães acreditam que essa exposição pode acarretar no aumento dos sintomas emocionais da criança. Os pais também acreditam que o aumento dos problemas de relacionamento com os pais possa estar

associado ao baixo suporte recebido no relacionamento coparental e também ao aumento da sua percepção de se sentir sabotado nas funções parentais. Quanto as associações entre as dimensões do relacionamento coparental e os estilos parentais foram encontradas relações entre o aumento da exposição aos conflitos e os estilos autoritário e permissivo dos pais e as mães também apresentaram uma correlação positiva do estilo permissivo com a dimensão sabotagem parental e negativa entre o estilo permissivo e o acordo parental e também com o reconhecimento da parentalidade do parceiro.

Fica evidente que os estilos parentais permissivo e autoritário podem levar a uma relação coparental negativa com pouco apoio do companheiro, exposição a conflitos e boicote das funções parentais e esse tipo de coparentalidade por sua vez, pode acarretar em prejuízos comportamentais para a criança com TEA. Cabe ressaltar que em uma perspectiva sistêmica, pode-se pensar que os comportamentos das crianças também podem interferir no comportamento parental de forma recursiva.

Os casais também apontaram algumas dificuldades enfrentadas em relação ao filho com TEA e os principais recursos utilizados para enfrentar essas adversidades. Dentre as dificuldades se destaca a sintomalogia do TEA associados aos problemas de comportamento, como o excesso de birra e agressividade. Os pais também expressaram que algumas dificuldades também estão relacionadas a preocupação sobre o futuro do filho e a aceitação da sociedade sobre a sua condição, bem como, as barreiras para a efetividade da inclusão no contexto escolar. Para lidar com essas situações tão adversas os pais contam com alguns recursos da sua rede de apoio social, como o suporte fornecido pelo parceiro e os avós, bem como, a assistência oferecida pela equipe do serviço de saúde especializado, a participação em grupos de apoio e a busca de informações sobre o TEA. Apesar das dificuldades que envolvem os cuidados de uma criança com TEA, os pais conseguem encontrar recursos na sua rede de apoio para ajudá-los a encarar os desafios da parentalidade nesse contexto. Certamente o provimento desses recursos das diferentes fontes de apoio neutralizam as situações estressantes que por vezes esses pais podem estar expostos, principalmente as mães por serem as principais cuidadoras dessas crianças e necessitarem de um suporte mais aproximado às suas necessidades.

Do ponto de vista metodológico, verificam-se algumas limitações dessa pesquisa. Uma delas refere-se à utilização de instrumentos de autorelato, porque muitas vezes o modo como os pais respondem a esses que questionários pode esconder um pensamento latente de desajustabilidade social e responderem de modo que agrade o pesquisador ou aos valores morais apreciados na sua cultura. Além disso, os instrumentos utilizados carecem de uma validação para o contexto brasileiro e mais especificamente para os pais de crianças com TEA, principalmente no QDEP os itens que se referiam as habilidades de linguagem da criança necessitavam de um esclarecimento adicional do pesquisador. Sobre esse instrumento também existe outra dificuldade, porque ele não contempla o estilo parental denominado rejeitador-negligente que contempla os pais que demonstram indiferença diante do seu papel parental, ou seja, apresentam baixos níveis de exigência e de responsividade e podem estar associados à atos de violência contra a criança.

Uma das limitações foi a falta de controle da variável do nível de gravidade do TEA das crianças, porque devido a variabilidade nas características do espectro autista poderiam influenciar nos resultados dessa pesquisa. Além disso, as características de saúde mental dos pais, como o estresse parental poderia ser uma variável de controle importante para a investigação das relações parentais e coparentais.

Outra limitação se refere ao número de sujeitos participantes porque a ideia inicial era realizar um estudo explicativo com análises preditivas, porém o número limitado de famílias que aceitaram participar da pesquisa não permitiu esse tipo de análise, portanto, os seus resultados devem ser observados com cautela e não são possíveis de serem generalizados. Principalmente os pais demonstraram maior resistência para participar da pesquisa e alguns se negaram a responder aos instrumentos. Outro fator limitante é a o tempo de avaliação e fechamento do diagnóstico de TEA. Muitas famílias desistem durante o processo de avaliação no serviço de saúde especializado e, portanto, eram descartadas da coleta de dados dessa pesquisa. Há necessidade de um levantamento dos motivos de desistência dos cuidadores nesse processo inicial de investigação diagnóstica.

Durante a coleta de dados, sobretudo na entrevista acerca dos cuidados do filho com TEA, percebeu-se que as questões muitas vezes mobilizavam emocionalmente os genitores, particularmente as mães. Após a coleta de dados havia necessidade de um acolhimento do

pesquisador à participante, em alguns casos até para orientá-la a procurar o atendimento psicológico.

Existe uma carência de estudos sobre parentalidade no contexto de famílias de crianças com TEA, em especial no contexto brasileiro. Embora essa pesquisa tenha contribuído para compreender as inter-relações existentes entre o comportamento das crianças e os subsistemas parental e coparental. Existe a necessidade da investigação de outros aspectos, como a relação coparental com outros membros da família, principalmente os avós que apareceram como figuras importantes nos cuidados das crianças com TEA, bem como, a relação coparental em casais divorciadas que tenham filhos com TEA ou até mesmo verificar se existe diferença entre famílias adotivas e biológicas sobre os sistemas parental e coparental que tenham filhos com desenvolvimento atípico. A comparação das variáveis investigadas entre famílias de crianças com diferentes tipos de deficiência e condições clínicas. Outras possibilidades de pesquisa poderiam controlar a variável do nível do TEA e verificar a sua associação com os problemas de comportamento, relação coparental e estilos parentais, bem como, se existe variação desses fenômenos em outras etapas do ciclo vital. Também se recomenda que outras pesquisas contemplem distintos delineamentos metodológicos, como estudos observacionais, longitudinais, para que consigam explorar os fenômenos através parâmetros mais explicativos e preditivos.

Por fim, espera-se que os resultados apresentados e discutidos nesta pesquisa possam contribuir de alguma forma para os profissionais e os pais dessas crianças. Recomenda-se o avanço das intervenções comportamentais com os familiares, para que os pais aprendam estratégias de manejo do comportamento da criança e possam atuar de modo mais assertivo e também incentivá-los a servirem de modelo de referência das habilidades prossociais para os filhos com TEA. O fortalecimento do relacionamento conjugal também pode ser uma estratégia oportuna para garantir o funcionamento dos subsistemas parental e coparental. Além disso, com base na experiência dessa pesquisa observou-se a necessidade do acompanhamento psicológico dos pais, principalmente as mães para que elas consigam encontrar estratégias de enfrentamento diante da intensidade de cuidados do filho e administração da casa e que as vezes vem acompanhada pela abdicação da carreira profissional.

9. REFERÊNCIAS

- Abbeduto, L. Seltzer, M. M. Shattuck, P. Krauss, M. W. Orsmond, G. Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youth with autism, Down syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 237-254.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.
- Abidin, R. R., & Konold, T. R. (1999). *Parenting alliance measure: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Akhtar, N., & Jaswal, V. K. (2013). Deficit or difference? Interpreting diverse developmental paths: An introduction to the special section. *Developmental Psychology*, 49(1), 1-3.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. A. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (3), 449-459.
- Ang, R., & Goh, D. (2006). Authoritarian Parenting Style in Asian Societies: A Cluster Analytic Investigation. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 28(1), 131- 151.
- Associação Americana de Psicologia. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V- 5. ed.* Porto Alegre, RS: Artmed.
- Asperger, H. (1991). “Autistic psychopathy” in childhood. In: U. Frith (Trad.), *Autism and Asperger syndrome* (p. 37-92). Cambridge: Cambridge University. (Original publicado em 1944).
- Assadi, S. M., Zokaei, N., Kaviani, H., Mohammadi, M. R., Ghaeli, P., Gohari, M. R., & Van De Vijver, F. J. (2007). Effect of sociocultural context and parenting style on scholastic achievement among Iranian adolescents. *Social Development*, 16(1), 169-180.
- Backes, B., Mônico, B. G., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R. (2014). Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 154-164.
- Baird G., Simonoff E., Pickles A., Chandler S., Loucas T., Meldrum D. & Charman T. (2006) Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the special needs and autism project (SNAP). *Lancet* 368, 210–215.

Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: Behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217–230.

Baranek, G. T., Watson, L. R., Boyd, B. A., Poe, M. D., David, F. J., & McGuire, L. (2013). Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in children with autism, children with developmental delays and typically developing children. *Development and Psychopathology*, 25(2), 307–320.

Bardin, L. (2003). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barzel, M., & Reid, G. J. (2011). Coparenting in relation to children's psychosocial and diabetes-specific adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 618–29.

Bauminger, N., Solomon, M., & Rogers, S. J. (2010). Externalizing and internalizing behaviors in ASD. *Autism Research*, 26, 101–112.

Baumrind, D. (1991) The Influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1).56-95.

Baumrind, D. (1997). The discipline encounter: contemporary issues. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 321-335.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.

Belsky J., Crnic K., Gable S. (1995). The determinants of coparenting in families with toddler boys: Spousal differences and daily hassles. *Child Development*, 66, 629–642.

Benson, P. & Karlof, K. (2009). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 350-362.

Bernardi, M. M., Kirsten, T. B., & Trindade, M. O. (2012). Sobre o autismo, neuroinflamação e modelos animais para o estudo de autismo: uma revisão. *Revista Neurociências*, 20(1), 117-27.

Beurkens, n. M., Hobson, J., & Hobson, P. r. (2012). Autism Severity and Qualities of Parent-Child relations. *Journal of Autism and Development Disorders*, 42, 1-11.

Biasoli-Alves, Z. M. M. A. (2002). Questão da Disciplina na Prática de Educação da Criança, no Brasil, ao Longo do Século XX. *Veritati*, 2(2), 243-259.

Blacher, J., & Kasari, C. (2016). The intersection of autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 399–400.

Blacher J., Neece C. & Packowski E. (2005). Families and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 507–513.

Blacher, J., Baker, B.L., Kaladjian, A. (2013). Syndrome specificity and mother–child interactions: Examining positive and negative parenting across contexts and time. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43 (4), 761–774.

Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1–18.

Buescher, A.V.S., Cidav, Z., Knapp, M., Mandell, D.S.(2014). Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA Pediatr.*,168(8), 721–728.

Böing, E., Crepaldi, M. A., & Moré, C. L. O. O. (2008). Pesquisas com famílias: aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 18(40), 251-266.

Böing, E., Crepaldi, M. A. (2016). Relação pais e filhos: compreendendo o interjogo das relações parentais e coparentais. *Educar em Revista*, (59), 17-33.

Boonen, H., Maljaars, J., Lambrechts, G., Zink, I., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children’s communication difficulties and parenting behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 716–725.

Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2008). Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia*, 18(40), 317-330.

Bosa, C. A. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 47-53.

Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease: Psychological models and methods of care*. London: Routledge.

Brás, P. M. F. (2008). *Um olhar sobre a parentalidade (estilos parentais e aliança parental) à luz das transformações sociais actuais*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica). Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Brasil. (2012a) Lei no 10.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3o do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012.

Brasil.(2012b). Portaria MS/GM no 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012.

Brasil. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 2015.

Brasington, C. K. (2007). What I wish I knew then... Reflections from personal experiences in counseling about Down Syndrome. *Journal of Genetic Counseling*, 16(6), 731-734.

Brito, A. M. W. & Dessen, M. A. (1999). Crianças surdas e suas famílias: um panorama geral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 429-445.

Brody, G. H., & Flor, D. L. (1998). Maternal resources, parenting practices, and child competence in rural: single-parent African American families. *Child Development*, 69, 803–816.

Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(1), 38–49.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 22, 723–742.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas (M.A.V.Veronese, trad. original publicado em 1979).

Bronfenbrenner, U. Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. In: Friedman, B.L. & Wachs, T.D. (Eds.). (1999). *Measuring environmental across the lifespan: emerging methods and concepts*. Washington, DC: American Psychological Association, pp.3-27.

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Bronfenbrenner, U. & Evans, G. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9, 115-125.

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. Em W. Damon (Org.), *Handbook of child psychology*, (pp. 993- 1027). New York, NY: John Wiley & Sons.

Brown, G. L., Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., & Neff, C. (2010). Observed and reported supportive coparenting as predictors of infant-mother and infant-father attachment security. *Early Child Development and Care*, 180(1-2), 121-137.

Camargo, Sígilia Pimentel Höher, & Bosa, Cleonice Alves. (2012). Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(3), 315-324.

Carpenter, J. L., & Mendez, J. (2013). Adaptive and challenged parenting among African American mothers: parenting profiles relate to Head Start children's aggression and hyperactivity. *Early Education and Development*, 24, 233-252.

Carvalho, M. C. N., & Gomide, P. I. C. (2005). Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 22 (3), 263-275.

Carvalho, T. R.; Barham, E. J.; Souza, C. D.; Boing, E.; Crepaldi, M. A.; Vieira, M. L. (no prelo). Adaptação Transcultural de um Instrumento para Avaliar a Coparentalidade: Coparenting Relationship Scale. Psico-USF.

Cassoni, C. (2013). Estilos parentais e práticas educativas parentais: revisão sistemática e crítica da literatura. (*Dissertação de Mestrado*) – FFCLRP, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 625-635.

Ceconello, A. M.; DE Antoni, C.; Koller, S. H. (2003) Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8,(n. esp), 45-54.

Chakrabarti S. & Fombonne E. (2005) Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1133–1141.

Chaste, P., & Leboyer, M. (2012). Autism risk factors: Genes, environment, and genes-environment interactions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 3(14), 281-292.

Chiang, H. M. (2014). A parent education program for parents of Chinese American children with autism spectrum disorders (ASDs) a pilot study. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 29(2), 88–94.

Coolahan, K., McWayne, C., Fantuzzo, J., & Grim, S. (2002). Validation of a multidimensional assessment of parenting styles for low-income African-American families with preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 356-373.

Coolican, J., Smith, I. M., & Bryson, S. E. (2010). Brief parent training in pivotal response treatment for preschoolers with autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1321–1330.

Cooper, C., S. McLanahan, S. Meadows, & Brooks-Gunn, J. (2009). “Family Structure Transitions and Maternal Parenting Stress.” *Journal of Marriage and Family* 71: 558–74.

Corcoran, J., Berry, A., Hill, S. (2015). The lived experience of parents of US children with autism spectrum disorders: a systematic review and metasynthesis. *J Intellect Disabil*, 19(4), 356-366.

Costa, F. T.; Teixeira, M. A. P.; Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 13(3), 465-473.

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Christensen, D. L., Bilder, D. A., Zahorodny, W., Pettygrove, S., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Yeargin-Allsopp, M. (2016). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among 4-Year-Old Children in the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(1), 1-8.

Cunningham, C.C. (1996). Families of children with Down syndrome. *Down Syndrome Res Pract*, 4, 87–95.

Cuskelly, M., Hauser-Cram, P., Van Riper, M. (2009). Families of children with Down syndrome: What we know and what we need to know. *Down Syndrome Research and Practice*, 12(3) 202-210.

Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 266–280.

Dale E, Jahoda A, Knott F. (2006). Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder: exploring links with maternal levels of stress, depression and expectations about their child's future. *Autism*. 10(5), 463–479.

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 Developmental Disorders*, 38, 1278–1291.

Dekovic, M., Janssens, J. M. A., & Gerris, J. R. M. (1991). Factor structure and construct validity of the Block Child Rearing Practices Report (CRPR). *Psychological Assessment*, 3(2), 182- 187.

DePape, A. M., & Lindsay, S. (2015). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qualitative Health Research*, 25(4), 569–583.

Desai, M.U., Divan, G., Wertz, F.J., Patel, V. (2012). The discovery of autism: Indian parents' experiences of caring for their child with an autism spectrum disorder. *Transcult Psychiatry*. 49(3–4), 613–637.

Dessen, M. A., & Lewis, C. (1998). Como estudar a família e o pai? *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, 8, 105-121.

Dessen, M. A., & Pereira-Silva, N. L. (2000). Deficiência mental e família: Uma análise da produção científica. *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, 10, 12-23.

Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9, 416–427.

Dyches, T. T., Smith, T. B., Korth, B. B., Roper, S. O., & Mandleco, B. (2012). Positive parenting of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2213–2220.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Spinrad, T. L. (2006). Prosocial development. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3, Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 646–718). Hoboken, NJ: Wiley.

Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 657–671.

Ekas, n.V., Lickenbrock, D.M. & Whitman, T.L. (2010). Optimism, Social Support, and Well-Being in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1274-1284.

Elliston, D., McHale, J., Talbot, J., Parmley, M., & Kuersten-Hogan, R. (2008). Withdrawal from coparenting interactions during early infancy. *Family Process*, 47(4), 481–499

Elsabbagh M, Divan G, Koh YJ, Kim YS, Kauchali S, et al. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res.* 5, 160–179.

Endres, R.G., Lampert, S. S., Schuch, J. B., Roman, T., & Bosa, C. A. (2015). O Fenótipo Ampliado do Autismo em genitores de crianças com Transtorno do Espectro Autista - TEA. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 285-292.

Esteves, A. S. e C. de M. (2010). Estilos Parentais e Coparentalidade: um Estudo Exploratório com Casais Portugueses. *Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia* (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica). Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Fadda, G.M. & Cury, V.E. (2016). O enigma do autismo: contribuições sobre a etiologia do transtorno. *Psicologia em Estudo*, 21 (3), 411-423.

Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: a framework for prevention. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*;5(3):173-95.

Feinberg, M. E. (2003). The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: a Framework for Research and Intervention. *Parenting: Science and Practice*. 3(2): 95-131.

Feinberg, M. E., Kan, M. L., & Hetherington, E. M. (2007). The Longitudinal Influence of Coparenting Conflict on Parental Negativity and Adolescent Maladjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 69(3), 687–702.

Feinberg, M. E., Brown, L. D., & Kan, M. L. (2012). A multi-domain self-report measure of coparenting. *Parenting: Science and Practice*, 12(1), 1-21.

Ferroni, G.M. & Cia, F. (2014). Estado da arte em revistas educacionais sobre estudos feitos com famílias de crianças com necessidades educacionais especiais no período de 2002 a 2011. *Revista Educação Especial*, 27 (48), 201-218.

Fiamenghi, J.R., Messa, A. (2007). Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicologia Ciência Profissão*, 27(2), 236-45.

Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1),44-50.

Fombone, E. (2010). Epidemiology of autism. *Paper presented at the 1º Encontro Brasileiro para Pesquisa em Autismo*. Porto Alegre: Rio Grande do Sul, Brasil.

Freedman B, Kalb L, Zablotsky B, et al. (2012) Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders: a population-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42: 539–548.

Freitas, B. C. G., Trujillo, C. A., Carromeu, C., Yusupova, M., Herai, R. H., & Muotri, A. R. (2014). Stem cell sand modeling of autism spectrum disorders. *Experimental Neurology*, 260, 33-43.

Frizzo, G. B.; Kreutz, C.M.; Schmit, C.; Piccinini, C.A. & Bosa, C. (2005). O conceito de coparentalidade e suas implicações para a pesquisa e para a clínica. *Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum.*, 15(3), 84-93.

Gadow, K.D., DeVincent, C.J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 379–393.

Ganz, J. B., Earles-Vollrath, T. L., Heath, A. K., Parker, R. I., Rispoli, M. J., & Duran, J. B. (2012). A meta-analysis of single case research studies on aided augmentative and alternative communication systems with individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 60–74.

Garcia, F., & Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence*, 44(173), 101–131.

Gau, S.S., Chiu, Y., Soong, W., Lee, M. (2008). Parental Characteristics, Parenting Style, and Behavioral Problems Among Chinese Children with Down Syndrome, Their Siblings and Controls in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 107 (9), 693-703.

Gau, S.S., Chou, M., Lee, J., Wong, C., Chou, W., Chen, M., et al. (2010). Behavioral problems and parenting style among Taiwanese children with autism and their siblings. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 64(1), 70–78.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Goelman, H., Zdaniuk, B., Boyce, W. T., Armstrong, J. M., & Essex, M. J. (2014). Maternal mental health, child care quality, and children's behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 35(4), 347-356.

Goitein, P.C., Cia, F. (2011). Interações familiares de crianças com necessidades educacionais especiais: Uma revisão da literatura nacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15, 43-51.

Gomes, P.T.M., Lima, L.H.L., Bueno, M.K.G., Araujo, L.A., Souza, N.M. (2015). Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*, 91(2), 111-121.

Gordon, L. (2000). Linking gender differences in parenting to atipology of family parenting styles and adolescent developmental outcomes. *Dissertations Abstracts International, Section*, 60, 41-96.

Gray, D.E. (1994). Coping with autism: Stresses and strategies. *Sociology of Health & Illness*, 16, 275–300.

Gray, D.E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12):970–976.

Gray, K., Keating, C., Taffe, J., & Brereton, A. (2012). Trajectory of behavior and emotional problems in autism. *American Journal on Intellectual Developmental Disorders*, 117(2), 121–133.

Green, S. A., Rudie, J. D., Colich, N. L., Wood, J. J., Shirinyan, D., Hernandez, L., Bookheimer, S. Y. (2013). Overreactive Brain Responses to Sensory Stimuli in Youth With Autism Spectrum Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(11), 1158–1172.

Griffith, G. M., Hastings, R. P., Nash, S., & Hill, C. (2010). Using matched groups to explore child behavior problems and maternal

well-being in children with Down syndrome and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 610–619.

Grinker, R.R. (2010). *Autismo: Um mundo obscuro e conturbado*. (C. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Larousse do Brasil.

Hackner, I. T. (2003). A Manutenção da parentalidade frente à ruptura da conjugalidade. *Dissertação de mestrado*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Haertlein, L.L. (2012). Immunizing against bad science: The vaccine court and the autism test cases. *Law and Contemporary Problems*, 75(2), 211-232.

Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2, Suppl.), 104-110.

Hamer, B. Laselva, Manente, M. V., & Capellini, V. L. M. F. (2014). Autismo e família: revisão bibliográfica em bases de dados nacionais. *Revista Psicopedagogia*, 31(95), 169-177.

Hart, C. H., Nelson, D. A., Robinson, C. C., Olsen, S. F., & McNeilly-Choque, M. K. (1998). Overt and relational aggression in Russian nursery-school-age children: *Parenting style and marital linkages*. *Developmental Psychology*, 34, 687-697.

Hartley, S.L., Sikora, D.M. & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with autistic disorder, *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(10), 819-829.

Hastings, P.D., McShane, K.E., Parker, R., & Lahda, F. (2007). Ready to make nice: parental socialization of young sons' and daughters': Prosocial behaviors with peers. *The journal of genetic psychology*, 168, 2, 177–200.

Henn, C. G., Piccinini, C. A., & Garcia, G. L. (2008). A família no contexto da síndrome de Down: Revisando a literatura. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 485-493.

Henn, C.G. & Sifuentes, M. (2012). Paternidade no contexto das necessidades especiais: revisão sistemática da literatura. *Paidéia*, 22(51), 131-139.

Hennigen, I. (1994). Dimensões psicossociais da adolescência: Identidade, relação familiar e relação com amigos. [*Dissertação de Mestrado não publicada*], Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Hill, A. P., Zuckerman, K., & Fombonne, E. (2014). Epidemiology of autism spectrum disorders. In F. R. Volkmar, S. J. Rogers, R. Paul, & K. A. Pelphrey (Eds.), *Handbook of autism and*

pervasive developmental disorders. Diagnosis, development, and brain mechanisms (4th ed., Vol. 1, pp. 57–96). New York: Wiley.

Hill-Chapman, C.R., Herzog, T.K., Maduro, R.S. (2013). Aligning over the child: parenting alliance mediates the association of autism spectrum disorder atypicality with parenting stress. *Res Dev Disabil*, 34(5), 1498-1504.

Hirschler-Guttenberg, Y., Feldman, R., Ostfeld-Etzion, S., Laor, N., and Golan, O. (2015). Self- and co-regulation of anger and fear in preschoolers with autism spectrum disorders: the role of maternal parenting style and temperament. *J. Autism Dev. Disord.* 45, 3004–3014.

Hodapp RM, Ly TM, Fidler DJ, et al. (2001). Less stress, more rewarding: parenting children with Down syndrome. *Parenting: Science Practice*, 1, 317–337.

Hodapp, R. M. (2007). Families of persons with down syndrome: New perspectives, findings, and research and service needs. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(3), 279-287.

Hoffman, M. L. (1994). Discipline and internalization. *Developmental Psychology*, 30, 26-28.

Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(3), 178–787.

Hoffmann T, Windham G, Anderson M, et al. (2014) Evidence of reproductive stoppage in families with autism spectrum disorder: a large, population-based cohort study. *JAMA Psychiatry* 71(8): 943–951.

Horiuchi, F., Oka, Y., Uno, H., Kawabe, K., Okada, F., Saito, I., Tanigawa, T., & Ueno, S. (2014). Age- and sex-related emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorders: comparison with control children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(7), 542–550.

Hsiao, M. N., Tseng, W. L., Huang, H. Y., & Gau, S. S. F. (2013). Effects of autistic traits on social and school adjustment in children and adolescents: The moderating roles of age and gender. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 254–265.

Hutchison, L., Feder, M., Abar, B., & Winsler, A. (2016). Relations between parenting stress, parenting style, and child executive

functioning for children with ADHD or autism. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3644–3656.

Iizuka, C., Yamashita, Y., Nagamitsu, S., Yamashita, T., Araki, Y., Ohya, M., et al. (2010). Comparison of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) scores between children with high functioning autism spectrum disorder (HFASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD). *Brain & Development*, 32, 609–612.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE.

Jaarsma, P., & Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: Reflections on the claims of the neurodiversity movement. *Health Care Analysis*, 20(1), 20-30.

James, G., Witten, D., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2013). Clustering Methods. In *An Introduction to Statistical Learning: with Applications in R* (Vol. 103, pp. 385–396). New York: Springer.

Jerusalinsky, A. (2007). *Psicanálise e desenvolvimento infantil* (4a ed.). Porto Alegre: Artes e Ofícios.

Jia, R., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2011). Relations between coparenting and father involvement in families with preschool-age children. *Developmental Psychology*, 47(1), 106–118.

Kanne, S. M., & Mazurek, M. O. (2011). Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 926–937.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–253.

Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19(3), 416-426.

Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 247–277.

Kaufmann, D. et al. (2000). The relation between parenting style and children's adjustment: The parents' perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 2, 231-245.

Kersh, J., Hedvat, T. T., Hauser-Cram, P., & Warfield, M. E. (2006). The contribution of marital quality to the well-being of parents

of children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 883–893.

King, G., Zwaigenbaum, L., King, S., Baxter, D., Rosenbaum, P., & Bates, A. (2006). A qualitative investigation of changes in belief systems of families of children with autism or Down syndrome. *Child: Care, Health & Development*, 32(3), 353-369.

King G, Baxter D, Rosenbaum P, Zwaigenbaum L, Bates A. (2009). Belief systems of families of children with autism spectrum disorders or Down syndrome. *Focus Autism Other Dev Disabl*, 24(1), 50-64.

Kobarg, A. P. R. Vieira, V.; Vieira, M. L. (2010). Validação Da Escala De Lembranças Sobre Práticas Parentais (Embu). *Avaliação Psicológica*. Porto Alegre, 9(1).

Kolak, A. M., e Volling, B. L. (2013). Coparenting moderates the association between firstborn children's temperament and problem behavior across the transition to siblinghood. *Journal of family psychology*, 27 (3), 355-364.

Lago, M. C. S.; Souza, C. D.; Kaszubowski, E.; Soares, M. S. (2009). Gênero, gerações e espaço doméstico: trabalho, casa e família. *Paidéia*, 19 (44), 357-366.

Lai, M.-C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383(9920), 896–910.

Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., Boonen, H., Maes, B., & Noens, I. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1143–1152.

Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., Boonen, H., Maes, B., & Noens, I. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1143–1152.

Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., Boonen, H., Maes, B., & Noens, I. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1143–1152.

Lamela, D., Nunes-Costa, R., & Figueiredo, B. (2010). Modelos teóricos das relações coparentais: Revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 15, 205-216.

Lamela, D., Figueiredo, B., & Bastos, A. (2013). Perfis de vinculação, coparentalidade e ajustamento familiar em pais recém-

divorciados: diferenças no ajustamento psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 19-28.

Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual and Disability Research*, 50, 172–183.

Lee, G., Lopata, C., Volker, M., Thomeer, M., Nida, R., Toomey, J., et al. (2009). Health-related quality of life of parents of children with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(4), 227–239.

LeRoy, M., Mahoney, A., Pargament, K. I., & DeMaris, A. (2013). Longitudinal links between early coparenting and infant behaviour problems. *Early Child Development and Care*, 183, 360-377.

Lickenbrock, D. M., Ekas, n. V., & Whitman, T. L. (2011). Feeling good, feeling bad: In uences of maternal perceptions of the child and marital adjustment on well-being in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(7), 848-858.

Lindsay, S., Proulx, M., Scott, H., & Thomson, N. (2014). Exploring elementary school teachers' strategies for including children with autism spectrum disorder in mainstream classes. *International Journal of Inclusive Education*, 18(2), 101–122.

Lindsey E.W., Caldera Y., Colwell M. (2005). Correlates of coparenting during infancy. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 54, 346–359.

Locke, L. M., & Prinz, R. J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychology Review*, 22, 895-930.

Losh, M., Childress, D., Lam, K., & Piven, J. (2008). Defining key features of the broad autism phenotype: A comparison across parents of multiple- and single-incidence autism families. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 147B, 424-433.

Macarini, S. M., Martins, G. D.F., Minetto, M. F.; Vieira, M. L. (2010). Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1), 119-134.

Maccoby, E. E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In Hetherington, E. M. (Ed.) & Mussen, P. H. (Séries Ed.), *Handbook of child psychology*, Vol. 4:

Socialization, personality and social development (pp. 1 – 101). New York: Wiley.

Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., Noens, I. (2014). Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 501–512.

Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e a mãe* (5a ed.) (M. R. G. Duarte, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15, 3–21.

Marques, M. H., & Dixe, M. A. R. (2011). Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(2), 66-70.

Marri, I. G.; Wajnman, S. Esposas como principais provedoras de renda familiar. (2007). *Revista Brasileira Estudos Populações*, 24 (1),19-35.

Marteletto, M. R. F., Schoen-Ferreira, T. H., Chiari, B. M., & Perissinoto, J. (2011). Problemas de comportamento em crianças com Transtorno Autista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 5-12.

Martin, A.; Ryan, R. M.; Brooks-Gunn, J. (2007). The joint influence of mother and father parenting on child cognitive outcomes at age 5. *Early Childhood Research Quarterly*, 22 (4), 423-439.

May, C., Fletcher, R., Dempsey, I., & Newman, L. (2015). Modeling relations among coparenting quality, autism-specific parenting self-efficacy, and parenting stress in mothers and fathers of children with ASD. *Parenting: Science and Practice*, 15, 119–133.

May, C., St George, J.M., Fletcher, R.J., Dempsey, I., Newman, L.K. (2017) Coparenting Competence in Parents of Children with ASD: A Marker of Coparenting Quality. *Journal Autism Dev Disord*, 47, 2969–2980.

Mazurek, M. O., & Kanne, S. M. (2010). Friendship and internalizing symptoms among children and adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1512–1520.

McDaniel, B. T., & Teti, D. M. (2012). Coparenting quality during the first three months after birth: The role of infant sleep quality. *Journal of Family Psychology*, 26(6), 886-895.

McHale, J. P. (1997). Overt and covert coparenting processes in the family. *Fam Process*, 36(2), 183-201.

McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., & Rao, N. (2004). Growing Points for Coparenting Theory and Research. *Journal of Adult Development, 11*(3), 221–234.

McHale, J., Salman, S., Strozier, A., & Cecil, D. (2013). Triadic interactions in mother–grandmother coparenting systems following maternal release from incarceration. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 78*, 57–74.

Meimes, M. A., Saldanha, H. C., & Bosa, C. A. (2015). Adaptação materna ao transtorno do espectro autismo: relações entre crenças, sentimentos e fatores psicossociais. *Psico, 46*(4), 412–422.

Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P., Náchter, M. J., & Cortés, M. T. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39*(2), 211–225.

Minetto, M. F.; Crepaldi, M.A.; Brigas, M.; Moreira, L. (2012). Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. *Educar em Revista, (43)*, 117–132.

Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M., & Hardan, A. Y. (2011). Pivotal response group treatment program for parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*, 92–101.

Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Montes, G., & Halterman, J. S. (2007). Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: A population-based study. *Ambulatory Pediatrics, 7*, 253–257.

Montes, G., & Halterman, J. S. (2008). Association of childhood autism spectrum disorders and loss of family income. *Pediatrics, 121*, e821–e826.

Montiel-Nava, C., & Peña, J. (2008). Epidemiological findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan Study. *Autism, 12*, 191–202.

Moraes, R., Camino, C., Costa, J. B., Camino, L., & Cruz, L. (2007). Socialização parental e valores: Um estudo com adolescentes. *Psicologia Reflexão e Crítica, 20*, 167–177.

Morrill, M.I., Hines, D.A., Mahmood, S. & Cordova, J.V. (2010) Pathways between marriage and parenting for wives and husbands: the role of coparenting. *Family Process, 49*, 59–73.

Mosmann, C. P., Costa, C. B., Einsfeld, P., Silva, A. G. M., & Koch, C. (2017). Conjugalidade, parentalidade e coparentalidade: associações com sintomas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(4), 487-498.

Nam, S. & Chun, S. (2014). Influencing factors on mothers' parenting style on young children at risk for developmental delay in South Korea: The mediating effects of parenting stress. *Children and Youth Services Review*, 36, 81-89.

Ooi, K. L., Ong, Y. S., Jacob, S. A., & Khan, T. M. (2016). A meta-synthesis on parenting a child with autism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 745-762.

Olivary, M. G., Tabliabue, S., & Confalonieri, E. (2013). Parenting style and dimensions questionnaire: A review of reliability and validity. *Marriage & Family Review*, 49, 465-490.

Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15, 1-11.

Önder, A., & Gülay, H. (2009). Reliability and validity of parenting styles & Dimensions questionnaire. *Procedia social and Behavioral Sciences*, 1, 508-514.

Ortega, F. (2009). Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 67-77.

Osborne, L.A., McHugh, L., Saunders, J., Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *Journal Autism Dev. Disord.* 38 (6), 1092-2103.

Olsson M. B. & Hwang. C. P. (2003) Influence of macrostructure of society on the life situation of families with a child with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 328-41.

Pacheco, J. B., Silveira, L. B. & Schneider, A. A. (2008). Estilos e práticas educativas parentais: análise da relação desses construtos sob a perspectiva dos adolescentes. *Psico*, 39 (1), 66-73.

Padilla-Carlson, J. (1998). Parental socialization of infants and preschoolers: The role of gender and temperament. *Dissertations Abstracts International*, Section B, 56 (5-B): 2459.

Paniagua, G. (2004). As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Em C. Coll, A. Marchesi & J. Palácios (Orgs.),

Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais (pp. 330- 346). Porto Alegre: Artmed.

Patterson, S.Y., Elder, L., Gulsrud, A., Kasari, C. (2014). The association between parental interaction style and children's joint engagement in families with toddlers with autism. *Autism*, 18 (5), 511-518.

Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2012). Marital satisfaction and partners' parenting practices: The mediating role of coparenting behavior. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 509-522.

Pedro, M. F., Carapito, E., & Ribeiro, T. (2015). Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - versão portuguesa de autorrelato. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 302-312.

Pereira-Silva, N. L. & Dessen, M. A. (2002). Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família. *Interação em Psicologia*, 6, 167-176.

Petrucci, G. W., Borsa, J. C., & Koller, S. H. (2016). A Família e a escola no desenvolvimento socioemocional na infância. *Temas em Psicologia*, 24(2), 391-402.

Phillips, B.A. Conners, F. Curtner-Smith, M.E. (2017). Parenting children with down syndrome: An analysis of parenting styles, parenting dimensions, and parental stress. *Res Dev Disabil.*, 68, 9-19.

Piccinini, C.A., Frizzo, G.B., Alvarenga, P., Lopes, R.S. & Tudge, J. (2007). Práticas educativas de pais e mães de crianças aos 18 meses de idade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(4), 369-378.

Poland, G.A. (2011). MMR vaccine and autism: Vaccine nihilism and postmodern science. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(9), 869-871.

Portes, J.R.M., Vieira, M.L., Crepaldi, M.A., More, C.L.O.O. & Motta, C. C.L. (2013). A criança com síndrome de Down: na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, com destaque para os fatores de risco e de proteção. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 33(85), 446-464.

Portes, J. R. M., Vieira, M. L., Faraco, A. M. X., & Nuernberg, A. H. (2017). Crenças parentais sobre os filhos com Síndrome de Down. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(3), 208-223.

Poslawsky, I.E., Naber, F.B., Van Daalen, E., Van Engeland, E. (2013). Parental reaction to early diagnosis of their children's autism spectrum disorder: an exploratory study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 45(3), 294-305.

Reppold, C., Pacheco, J., & Hutz, C. (2005). Comportamento agressivo e práticas disciplinares parentais. In C. Hutz (Org.), *Violência e risco na infância e adolescência: Pesquisa e Intervenção*. (pp. 9-42). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Riany, Y. E., Cuskelly, M. & Meredith, P. (2017). Parenting style and parent-child relationship: a comparative study of Indonesian parents of children with and without Autism Spectrum Disorder (ASD). *Journal of Child and Family Studies*, 26 12: 3559-3571.

Risdal D. & Singer G. H. (2004) Marital adjustment in parents of children with disabilities: a historical review and meta- analysis. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 29,95-103.

Robinson, C., Mandleco, B., Olsen, S., & Hart, C. (2001). The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). In B. F. Perlmutter, J. Touliatos, & G. W. Holden (Eds.), *Handbook of family measurement techniques: Vol. 3. Instruments & Index* (pp. 319-321). Thousand Oaks, CA: Sage.

Romanelli, G. (2003). Paternidade em famílias de camadas médias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2, 79-85.

Rutgers, A. H., Van IJzendoorn, N. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H. N., van Daalen, E., Dietz, C., et al. (2007). Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 859-870.

Sabbag, G.M. (2017). Práticas educativas maternas e comportamento pró-social infantil. *Tese (Doutorado em Psicologia)*. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Saito, A., Stickley, A., Haraguchi, H., Takahashi, H., Ishitobi, M., & Kamio, Y. (2017). Association Between Autistic Traits in Preschool Children and Later Emotional/Behavioral Outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(11), 3333-3346.

Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15, 613-640.

Sampieri, R. H.; Collado, C. F. & Lúcio, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill.

Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C. M., & Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autism. *Jama*, 311(17), 1770-1777.

Santos, M. A., & Pereira-Martins, M. L. P.L. (2016). Estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças com deficiência intelectual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3233-3244.

Saunders, B.S., Tilford, J.M., Fussell, J.J., Schulz, E.G., Casey, P.H., Kuo, D.Z. (2015). Financial and employment impact of intellectual disability on families of children with autism. *Fam Syst Health*, 33, 36-45.

Saur, A.M., & Loureiro, S.R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 619-629.

Semensato, M. (2013). *Elaboração do diagnóstico de autismo do lho: indicativos de resiliência parental*. Unpublished master's thesis. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, Brasil.

Semensato, M., Schmidt, C., & Bosa, C. (2010). Grupo de familiares de pessoas com autismo: relatos de experiências parentais. *Aletheia*, 32, 183-194.

Sheftall, A.H., Schoppe-Sullivan, S.J. & Futris, T. (2010) Adolescent mothers' perceptions of the coparenting relationship with their child's father: a function of attachment security and trust. *Journal of Family Issues*, 31, 884-905.

Schlebusch, L., Samuels, A. E., & Dada, S. (2016). South African families raising children with autism spectrum disorders: relationship between family routines, cognitive appraisal and family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 412-23.

Schmidt, C. (2008). Coparentalidade em famílias de adolescentes com autismo e comportamento agressivo. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Schmidt, C. (2017). Transtorno do espectro autista: onde estamos e para onde vamos. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 221-230.

Schmidt, C.; Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação*, 7(2),111-120.

Schmidt, C. & Bosa, C. (2007). Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 179-191.

Schmidt, C., Dell'Aglio, D. D., & Bosa, C.A. (2007). Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 124-131.

Schoppe, S. J.; Mangelsdorf, S. C. & Frosch, C. A. (2001). Coparenting, family process, and family structure: implications for preschoolers' externalizing behavior problems. *J Fam Psychol*;15(3):526-45.

Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Frosch, C. a, & McHale, J. L. (2004). Associations between coparenting and marital behavior from infancy to the preschool years. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 194–207.

Schoppe-Sullivan, S. J.; Brown, G. L.; Cannon, E. A.; Mangelsdorf, S. C. & Sokolowski, M. S. (2008). Maternal gatekeeping, coparenting quality, and fathering behavior in families with infants. *J Fam Psychol*, 22(3), 389-98.

Schoppe-Sullivan, S. J.; Weldon, A. H.; Cook, J. C.; Davis, E. F. & Buckley, C. K. (2009). Coparenting behavior moderates longitudinal relations between effortful control and preschool children's externalizing behavior. *J Child Psychol Psychiatry*; 50(6):698-706.

Scott, S. L. (2009). Predicting Children's Emotional and Behavioral Functioning: an Examination of Coparenting and Parental Satisfaction. *Thesis*. University of Central Florida.

Scrimgeour, M. B., Blandon, A. Y., Stifter, C. A.; Buss, K. A. (2013). Cooperative coparenting moderates the association between parenting practices and children's prosocial behavior. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 506-511.

Seltzer, M.M., Shattuck, P., Abbeduto, L., Greenberg, J.S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10, 234– 247.

Sifuentes, M. & Bosa, C. A (2010). Criando pré-escolares com autismo: características e desafios da coparentalidade. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 477-485.

Sikora, D., Moran, E., Orlich, F., Hall, T.A., Kovacs, E.A., Delahaye, J. et al. (2013). The relationship between family functioning and behavior problems in children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(2), 307–315.

Siller, M.& Sigman, M. (2002). 'The Behaviors of Parents of Children with Autism Predict the Subsequent Development of Their

Children's Communication', *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (2), 77-89.

Silva, N. C. B. & Aiello, A.L.R. (2009). Análise descritiva do pai da criança com deficiência mental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 493-503.

Silva, M. L. I., Vieira, M. L., & Schneider, D. R. (2016). Envolvimento paterno em famílias de criança com transtorno do espectro autista: contribuições da teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 36(90), 66-85.

Sim, A., Cordier, R., Vaz, S., Netto, J. & Falkmer, T. (2017). Factors associated with negative co-parenting experiences in families of a child with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 20(2), 83-91.

Sivberg, B. (2002). Family system and coping behaviors. *Autism*, 6, 397-409.

Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Smeha, L. N., Cezar P. K. (2011) A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 43-50.

Souza, F. R., & Mosmann, C. P. (2013). Crianças e adolescentes encaminhados para psicoterapia pela escola: percepções de genitores e professores. *Revista da SPAGESP*, 14(2), 39-54.

Souza, P. B. M. de, Ramos, M. S., Pontes, F. A. R., & Silva, S.S.C. (2016). Coparentalidade: um estudo de revisão sistemática de literatura. *Estilos da Clínica*, 21(3), 700-720.

Spera, C. (2005). A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*, 17 (2), 125-146.

Su, H., Cuskelly, M., Gilmore, L. & Sullivan, K. (2017). Authoritative Parenting of Chinese Mothers of Children with and without Intellectual Disability. *Journal of Child and Family Studies*, 26 4: 1173-1183.

Thullen, M., & Bonsall, A. (2017). Co-parenting quality, parenting stress, and feeding challenges in families with a child diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 1-9.

Totsika V., Hastings R. P., Emerson E., Berridge D. M. & Lancaster G. A. (2011) Behavior problems at five years of age and

maternal mental health in autism and intellectual disability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1137–1147.

Totsika, V., Hastings, R. P., Emerson, E., Lancaster, G. A., & Berridge, D. M. (2011). A population-based investigation of behavioural and emotional problems and maternal mental health: Associations with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 91–99.

Tudge, J. R. H. & Freitas, L. B. L. (2012). Parentalidade: Uma abordagem ecológico-cultural. In: C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Eds.). *Maternidade e paternidade: A parentalidade em diferentes contextos* (pp. 171-196). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Van Egeren, L. & Hawkins, D. (2004). Coming to terms with coparenting: Implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11, 165-178.

Van Stejin, D.J., Oerlemans, A.M., Ruiter, S.W., Van Aken, M.A.G., Buitelaar, J.K., Rommelse, N.N.J. (2013). Are parental autism spectrum disorder and/or attention-deficit/ Hyperactivity disorder symptoms related to parenting styles in families with ASD (+ADHD) affected children?. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22, 671–681.

Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 36–49.

Ventola, P., Lei, J., Paisley, C., Lebowitz, E., Silverman, W. (2017). Parenting a Child with ASD: Comparison of Parenting Style Between ASD, Anxiety, and Typical Development. *J Autism Dev Disord.*, 47(9), 2873-2884.

Vohra, R., Madhavan, S., Sambamoorthi, U., St Peter, C. (2014). Access to services, quality of care, and family impact for children with autism, other developmental disabilities, and other mental health conditions. *Autism*, 18(7), 815-826.

Woolfson, L. & Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of pre-school and older children with developmental disabilities. *Care, Health & Development*, 32 (2), 177-184.

Wachtel K, Carter A.S. (2008). Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. *Autism*. 12(5), 575-94.

Webber, L.N.D., Viezzer, A.P., & Brandenburg, O. J. (2003). A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *PsicoUSF*, 8 (1), p. 71-79.

Weber, L. N. D.; Selig, G. A.; Bernardi, M. G.; Salvador, A. P. V. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações: transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 16(35).

Weissman, S. H., & Cohen, R. S. (1985). The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 12, 24-45.

Winsler, A., Madigan, A. L., & Aquilino, S. A. (2005). Correspondence between maternal and paternal parenting styles in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 20, 1-12.

Williams, L. R., Degnan, K. A., Perez-Edgar, K. E., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Pine, D. S., et al. (2009). Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1063-1075.

Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dagalarrondo, P., et al. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 2), 47-54.

Yamada, A., Suzuki, M., Kato, M., Suzuki, M., Tanaka, S., Shindo, T., et al. (2007). Emotional distress and its correlates among parents of children with pervasive developmental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 651-657.

Yahav, R. (2007). The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 460-471.

Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doernberg, N., Boyle, C., & Murphy, C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. *Journal of the American Medical Association*, 289, 49-55.

Yirmiya N. & Shaked M. (2005). Psychiatric disorders in parents of children with autism: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 69-83.

Yuh, J. (2017). Do Mothers and Fathers Perceive Their Child's Problems and Prosocial Behaviors Differently?. *J Child Fam Stud*, 26, 3045-3054.

Williford, A. P., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 251–263.

Wu, P., Robinson, C. C., Yang, C., Hart, C. H., Olsen, S. F., Porter, C. L., ...Wu, X. (2002). Similarities and differences in mothers' parenting of preschoolers in China and the United States. *International Journal of Behavioral Development*, 26(6), 481-491.

Wu, S., Wu, F., Ding, Y., Hou, J., Bi, J., Zhang, Z. (2017). Advanced parental age and autism risk in children: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(1), 29-41.

Zanon, Regina Basso, Backes, Bárbara, & Bosa, Cleonice Alves. (2017). Diagnóstico do autismo: relação entre fatores contextuais, familiares e da criança. *Psicologia: teoria e prática*, 19(1), 152-163.

Zhou, T., & Yi, C. (2014). Parenting styles and parents' perspectives on how their own emotions affect the functioning of children with autism spectrum disorders. *Family Process*, 53, 55–66.

10. APÊNDICES

Apêndice 1 – Entrevista Semiestruturada

Entrevista sobre o cuidado de filhos com Transtorno do Espectro Autista(TEA)?

- 1-Como é a rotina da família (horários de refeições, banho, cama, etc)?Que programas vocês fazem juntos (finais de semana, lazer..)?
- 2-Descreva brevemente como é o(a) (nome da criança)?
- 3-Supondo que uma família acabou de receber o diagnóstico de TEA de seu filho e que essa família lhe procurasse para conversar. O que você diria a eles sobre como é ter um filho com TEA?
- 4-Percebe alguma mudança em você, como pai(mãe)? Como esposo (a)? ou em vocês enquanto pais?
- 5-Pensando na rotina de atividades e nos cuidados com o(a) (nome da criança), como você percebe a tua participação ?
- 6-Pensando na rotina de atividades e nos cuidados com o(a) (nome da criança), como você percebe a participação da(do) sua(seu) companheira(o)? O que você percebe que ele faz? Como você imagina que ele se sente?
- 7-Quais são as maiores dificuldades que você encontra hoje na criação do(a)(nome da criança)?
- 8-Pensando na sua experiência, na vivência em sua família, quais os recursos vocês utilizam para superar essas dificuldades?

Apêndice 2 – Autorização Institucional

(Timbre da Instituição)

Autorização Institucional

Pela presente autorização, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, sobre os objetivos e a justificativa do projeto de pesquisa intitulado: “Envolvimento Paterno no Contexto Familiar Contemporâneo”. Dessa forma, autorizo a realização da pesquisa por meio _____ da _____ instituição:

 Autorizo, também, a utilização dos dados coletados em eventuais trabalhos acadêmicos, publicações científicas, sem a identificação do local nem de seus profissionais.

Entendo que os pesquisadores, vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina, manterão sigilo sobre os dados e que, após sua utilização na consecução dos objetivos propostos pela pesquisa, os mesmos serão inutilizados.

 Assinatura do responsável pela instituição

_____, ____ de _____ de _____

Identificação do responsável pela instituição:

Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina
 Centro de Filosofia e Ciências Humanas
 Departamento de Psicologia
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos por meio deste convidar você a participar da pesquisa “Envolvimento paterno no contexto familiar contemporâneo”, que tem como objetivo investigar as relações do pai em famílias com crianças de 4 a 5 anos. Esse estudo é importante para um maior aprofundamento do conhecimento sobre o envolvimento paterno e irá contribuir para melhorar as relações familiares. **Sua participação é voluntária, não remunerada** e acontecerá por meio de respostas sua e de seu/sua companheira a questionários sobre o tema. O material será utilizado somente para fins de pesquisa e só os pesquisadores terão acesso direto às informações neles relatadas, pois os questionários receberão apenas um código e as repostas vão ser somadas as repostas de outras 149 famílias. A sua participação na pesquisa pode permitir reflexões sobre suas vivências e sentimentos sobre ser pai ou mãe, o que pode gerar algum desconforto, caso seja necessário, você poderá ser encaminhado para o Serviço de Atendimento Psicológico (SAPSI) da UFSC ou a outro profissional mais próximo ao seu local de residência. Você pode recusar a participar, parar ou desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer dano ou punição. A devolução dos resultados da pesquisa será feita em data a ser agendada. Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Eu.....
 abaixo assinado, declaro através deste documento o meu consentimento em participar desta pesquisa. RG: _____
 Assinatura do participante da pesquisa: _____
 Data: _____

Pesquisador Responsável

Fone: (48) 3721-8606

E-mail: maurolvieira@gmail.com

site: <http://www.nepedi.ufsc.br/>



Mauro Luís Vieira 52593665904

11. ANEXOS

Anexo 1 - Questionário Sociodemográfico

CÓDIGO: _____ DATA _____

PARENTESCO COM A CRIANÇA _____

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Cidade de residência: _____

2. Número de pessoas (informar quem são as pessoas que moram na casa, sem contar os empregados? Incluir o respondente)

3. Quem vive na casa (anotar idade)

- Respondente 1 IDADE: _____ Anos
- Companheiro (a)..... 2 IDADE: _____ Anos
- Filhos de 0 a 3 anos..... 3 Quantos? _____
- Filhos de 4 a 6 anos..... 4 Quantos? _____
- Filhos de 7 a 16 anos..... 5 Quantos? _____
- Filhos com mais de 16 anos..... 6 Quantos? _____
- Outras crianças e jovens menores de 18 anos (ex. enteados ou adotados, de criação, filhos de parentes e amigos)7 Quantos? _____
- Outros parentes adultos 8 Quantos? _____
- Amigos adultos 9 Quantos? _____
- Total de pessoas declaradas na P.3: _____

Quantos filhos frequentam a escola: _____ (contando a criança-alvo)

Em que período a criança alvo frequenta a escola? Manhã (); Tarde (); Integral ()

4. Composição familiar:

- Família nuclear pais biológicos de todos os filhos.....1
- Família nuclear pais adotivos da criança alvo.....2
- Família recasada com pais biológicos da criança alvo.....3
- Família recasada com madrasta da criança alvo.....4

- Família recasada com padrasto da criança alvo..... **5**
- Família recasada com mãe adotiva da criança alvo e padrasto.....**6**
- Família recasada com pai adotivo da criança alvo e madrasta..... **7**
- Família estendida com pais biológicos das crianças e outros parentes e amigos.....**8**
- Família estendida com madrasta da criança alvo e outros parentes e amigos.....**9**
- Família estendida com padrasto da criança alvo e outros parentes e amigos.....**10**
- Família estendida com pais adotivos das crianças e outros parentes e amigos.....**11**
- Família estendida com mãe adotiva e padrasto da criança alvo e outros parentes e amigos.....**12**
- Família estendida com pai adotivo e madrasta da criança alvo e outros parentes e amigos.....**13**

5. Escolaridade: Qual a sua e qual a escolaridade de seu companheiro?

	Mãe	Companheiro
Não alfabetizado	1	1
Ensino fundamental incompleto: primário incompleto	2	2
Ensino fundamental incompleto: primário completo e ginásio incompleto	3	3
Ensino fundamental completo	4	4
Ensino médio incompleto	5	5
Ensino médio completo	6	6
Ensino superior incompleto	7	7
Ensino superior completo	8	8
Pós-graduação	9	9
Não sabe	10	10

Quantos anos concluídos de escolaridade?
 Mãe: _____ Pai: _____

RENDA FAMILIAR

	Responde nte	Companheir o (a)
6. Profissão		
7. Atividade atual		
8. Jornada de trabalho		

9. Você tem empregada/babá: () **Sim** () **Não**

10. Quem cuida da criança quando ela não está na escola: _____

11. Quem leva a criança para a escola: _____

12. Alguém da família faz uso de alguma medicação contínua

() **Sim** () **Não**

Quem? _____

Qual? _____

13. Renda familiar mensal

Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Até R\$500,00 | <input type="checkbox"/> R\$4.001,00 a R\$4.500,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$501,00 a R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$4.501,00 a R\$5.000,00..... |
| <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 a R\$1.500,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 a R\$5.500,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$1.501,00 a R\$2.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.501,00 a R\$6.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$2.001,00 a R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> R\$6.001,00 a R\$6.500,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 a R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$6.501,00 a R\$7.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 a R\$3.500,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 a R\$7.500,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$3.501,00 a R\$4.000,00 | <input type="checkbox"/> Acima de R\$7.501,00..... |

14. Número de cômodos da residência: Quantos cômodos tem sua casa? (Incluir quarto, cozinha, banheiro e varanda): _____

15. Tipo de Casa:

Casa de alvenaria ()

Casa de Madeira ()

Casa Mista ()

Anexo 2 – Questionário das Capacidades e Dificuldades da Criança (SDQ)

SDQ

Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

	1 Falso	2 Mais ou menos verdadeiro	3 Verdadeiro
1-Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.	1	2	3
2-Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer, mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas.	1	2	3
3-Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo	1	2	3
4-Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	1	2	3
5-Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	1	2	3
6-É solitário, prefere brincar sozinho	1	2	3
7-Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	1	2	3
8-Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	1	2	3
9-Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	1	2	3
10-Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	1	2	3
11-Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	1	2	3

12-Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	1	2	3
	1 Falso	2 Mais ou menos verdadeiro	3 Verdadeiro
13-Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	1	2	3
14-Em geral, é querido por outras crianças	1	2	3
15-Facilmente perde a concentração	1	2	3
16-Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	1	2	3
17-É gentil com crianças mais novas	1	2	3
18-Geralmente discute com os adultos	1	2	3
19-Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	1	2	3
20-Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	1	2	3
21-Consegue parar e pensar nas coisas antes de fazê-las	1	2	3
22-Às vezes é malicioso	1	2	3
23-Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	1	2	3
24-Tem muitos medos, assusta-se facilmente	1	2	3
25-Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	1	2	3

Anexo 3 - Escala de Relacionamento Coparental

ERC

0 NV Não é verdadeiro sobre nós	1	2 PV Um pouco verdadeiro sobre nós	3	4 AV Algo verdadeiro sobre nós	5	6 MV Muito verdadeiro sobre nós
---	---	--	---	--	---	---

	NV		PV		AV		MV	
	0	1	2	3	4	5	6	
1. Eu acredito que meu companheiro é um bom pai.	0	1	2	3	4	5	6	
2. O meu relacionamento com meu companheiro é mais forte agora do que antes de termos um(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
3. Meu companheiro pergunta a minha opinião sobre assuntos relacionados a seu papel de pai.	0	1	2	3	4	5	6	
4. Meu companheiro dá muita atenção ao(á) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
5. Meu companheiro gosta de brincar com nosso(a) filho(a) e deixa para mim o trabalho pesado.	0	1	2	3	4	5	6	
6. Meu companheiro e eu temos as mesmas metas para nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
7. Meu companheiro ainda quer fazer suas próprias coisas ao invés de ser um pai responsável.	0	1	2	3	4	5	6	
8. É mais fácil e divertido brincar sozinha com o nosso(a) filho(a) do que quando o meu companheiro também está presente.	0	1	2	3	4	5	6	
9. Meu companheiro e eu temos ideias diferentes sobre como criar nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
10. Meu companheiro me diz que estou fazendo um bom trabalho ou demonstra de outra forma que acredita que estou sendo uma boa mãe.	0	1	2	3	4	5	6	
11. Meu companheiro e eu temos ideias diferentes sobre as rotinas do nosso(a) filho(a) para comer, dormir, entre outras.	0	1	2	3	4	5	6	
12. Às vezes meu companheiro faz piadas ou comentários sarcásticos (maldosos, "de gozação") sobre a maneira como eu sou como mãe.	0	1	2	3	4	5	6	
13. Meu companheiro demonstra que não confia nas minhas habilidades como mãe.	0	1	2	3	4	5	6	
14. Meu companheiro demonstra que percebe os sentimentos e necessidades do(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
15. Meu companheiro e eu temos diferentes expectativas em relação ao comportamento de nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	
16. Meu companheiro tenta mostrar que ele cuida do(a) nosso(a) filho(a) melhor do que eu.	0	1	2	3	4	5	6	
17. Eu me sinto satisfeita e mais próxima do meu companheiro quando eu o vejo brincar com nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6	

atender às necessidades do nosso(a) filho(a).							
20. Meu companheiro não se preocupa em dividir de forma justa o cuidado do(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6
21. Quando nós três estamos juntos, meu companheiro compete comigo pela atenção do nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6
22. Meu companheiro sabotagem (prejudica) meu papel de mãe.	0	1	2	3	4	5	6
23. Meu companheiro está disposto a fazer sacrifícios pessoais para ajudar a cuidar do(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6
24. Nós estamos crescendo e amadurecendo juntos por meio de nossas experiências como pais.	0	1	2	3	4	5	6
25. Meu companheiro demonstra que aprecia o quanto eu me esforço para ser uma boa mãe.	0	1	2	3	4	5	6
26. Quando eu estou no meu limite no papel de mãe, meu companheiro me dá o suporte extra que preciso.	0	1	2	3	4	5	6
27. Meu companheiro me faz sentir como se eu fosse a melhor mãe possível para nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6
28. O estresse de ter filhos faz com que eu e o meu companheiro nos distanciem.	0	1	2	3	4	5	6
29. Meu companheiro demonstra que não gosta de ser incomodado pelo(a) nosso(a) filho(a).	0	1	2	3	4	5	6
30. Ter filhos nos dá um foco para o futuro.	0	1	2	3	4	5	6

Para cada item selecione a resposta que melhor descreve a forma como você e seu companheiro trabalham juntos como pais. Considere a seguinte escala.

As questões seguintes pedem que descreva coisas que você faz quando está fisicamente presente com seu companheiro e seu(sua) filho(a) (ex.: numa mesma sala, no carro ou num passeio). **Conte apenas às vezes que vocês três** estão realmente em companhia uns dos outros (mesmo que sejam apenas algumas horas por semana).

0 NC Nunca	1	2 AV Às vezes (1 ou 2 vezes por semana)	3	4 F Frequentemente (1 vez por dia)	5	6 MF Muito frequentemente (várias vezes/dia)						
Quantas vezes numa semana típica, quando vocês três estão juntos , você:						NC		AV	F	MF		
31. Encontra-se no meio de uma conversa um pouco tensa ou sarcástica com seu companheiro?						0	1	2	3	4	5	6
32. Discute com o seu companheiro sobre o(a) seu(sua) filho(a) na presença de seu/sua filho(a)?						0	1	2	3	4	5	6
33. Discute sobre seu relacionamento ou questões conjugais <u>não relacionados com o(a) seu(sua) filho(a)</u> na presença de seu/sua filho(a)?						0	1	2	3	4	5	6
34. Um ou ambos falam coisas cruéis ou que magoam o outro na frente do(a) seu/sua filho(a)?						0	1	2	3	4	5	6
35. Gritam um com o outro quando o(a) seu/sua filho(a) pode ouvir?						0	1	2	3	4	5	6