



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

PERCEÇÕES DE PSICÓLOGOS SOBRE OS CONFLITOS COM PAIS E CRIANÇAS COM A PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO AUTISTA

[Psychologists' perceptions of conflicts with parents and children with autism spectrum disorder]

Dissertação de Mestrado

2º Ciclo de Estudos – Psicologia Clínica e da Saúde

Cátia Sofia Preda Rodrigues

Orientador:

Professor Doutor Pedro Fernando Santos Silva da Cunha

Maio, 2025



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

PERCEÇÕES DE PSICÓLOGOS SOBRE OS CONFLITOS COM PAIS E CRIANÇAS COM A PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO AUTISTA

[Psychologists' perceptions of conflicts with parents and children with autism spectrum disorder]

Dissertação de Mestrado

2º Ciclo de Estudos – Psicologia Clínica e da Saúde

Cátia Sofia Preda Rodrigues

Orientador:

Professor Doutor Pedro Fernando Santos Silva da Cunha

Maio, 2025

Dedicatória

Dedico este trabalho à pequena Cátia, que desde muito cedo sonhou ser psicóloga.

Ela não sabe exatamente desde quando, nem porquê, mas sempre sentiu que a empatia fazia parte de quem ela é, e que ouvir, acolher e ajudar o outro sempre lhe pareceu das coisas mais bonitas que existem no mundo. E assim nasceu um sonho, e mal ela sabia, que os sonhos dão tanto trabalho.

Quero dizer-te que o caminho que escolhemos não foi fácil. Foi cheio de desafios, lágrimas e momentos em que o cansaço parecia pesar mais do que a força. Mas, cada esforço valeu a pena. Obrigada por teres tido a coragem de acreditares em ti e em nós e por não desistires, mesmo quando parecia impossível.

Sei que o medo caminhou ao teu lado muitas vezes, mas nunca deixaste que ele fosse maior do que a tua determinação e que te parasse. E hoje, estou aqui, mais próxima do que alguma vez imaginaste, a viver o que plantaste. Este trabalho é a prova de que a tua perseverança e determinação sempre fizeram a diferença.

“Conheça todas as teorias e domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” – Carl Jung

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço à Coordenadora e Professora Doutora Carla Fonte, por todos os ensinamentos e orientações ao longo do curso.

De seguida, deixo um especial agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Cunha, pelo seu inestimável apoio na realização deste projeto, pela sua disponibilidade, pela sua genuína preocupação em cada etapa deste trabalho e por todos os conhecimentos transmitidos. Nos momentos mais desafiantes, a sua capacidade de transmitir serenidade e orientação foi incansável, permitindo-me superar as dificuldades com confiança. A sua dedicação e apoio serão sempre recordados com profunda gratidão.

Agradeço a todos os outros professores que cruzaram o meu caminho ao longo deste percurso e que contribuíram para a pessoa e profissional que me estou a transformar. Mostrando-me e recordando-me sempre do quão bonito é, ser psicóloga.

Agradeço à minha família por todas as palavras de incentivo e preocupação. Em especial, ao meu pai, que tornou tudo isto possível, proporcionando-me todas as condições necessárias para conseguir chegar até aqui. O caminho foi árduo a vários níveis, mas em cada momento difícil ele esteve presente. Estou grata por todas as lições de vida e pelo apoio incansável em cada etapa do meu caminho, onde sempre me encorajou a continuar a lutar pelos meus sonhos. Esta conquista é tanto minha quanto dele.

Expresso a minha sincera gratidão a todos os meus amigos mais próximos, que cresceram comigo e sempre acreditaram em mim. Agradeço por terem estado ao meu lado, ouvindo os meus desabafos, proporcionando-me tranquilidade nos momentos mais desafiantes e ajudando-me a encontrar leveza e distração quando mais precisei.

Agradeço também às minhas colegas de curso que se tornaram amigas, Patrícia e Micaela, por todo o companheirismo, no qual partilhámos desafios, aprendizagens e momentos inesquecíveis, que tornaram esta caminhada mais leve.

Resumo

A prática profissional da psicologia no acompanhamento de crianças com PEA e seus respectivos pais pode ser bastante desafiadora devido às características inerentes da perturbação, o que pode comprometer a saúde mental e física dos profissionais. Desta forma, este estudo apresenta como principal objetivo através da percepção de psicólogos, perceber quais são os desafios mais comuns ao longo das suas práticas profissionais, explorando também quais são as estratégias de gestão dos conflitos e autocuidado adotadas. A investigação seguiu o método qualitativo com recurso à técnica da entrevista semiestruturada, com base num guião de entrevista composto por questões abertas organizadas em quatro unidades de análise, concebido para a recolha de dados. Participaram nesta investigação oito psicólogas, sendo uma do contexto escolar e sete do contexto clínico, com idades compreendidas entre os 25 e os 42 anos e experiências profissionais entre 1 e 17 anos. A análise dos dados foi realizada de acordo com o modelo de análise temática proposto por Braun e Clarke (2006). Os resultados comprovaram a complexidade da intervenção com estas crianças em que são enfrentados desafios no âmbito comportamental e emocional das mesmas, que se repercutem negativamente na saúde mental e física das profissionais. Para além das dificuldades evidenciadas em lidar com estas crianças, foi identificada também uma falta de envolvimento entre os contextos de escola e casa, que determinada outra dificuldade significativa no processo de intervenção. No relacionamento com os pais, foram igualmente encontrados desafios, onde se destacaram resistências à aceitação do diagnóstico, expectativas e percepções inadequadas sobre a intervenção e dificuldades de continuidade do trabalho em casa. No entanto, as participantes revelam ter estratégias eficazes de gestão de conflitos no acompanhamento da criança e com os pais, bem como estratégias de autocuidado, demonstrando a importância que atribuem ao bem-estar pessoal para assegurar uma prática profissional de qualidade.

Palavras-Chave: Perturbação do Espectro do Autismo; Psicólogos; Conflitos; Autocuidado; Estratégias

Abstract

The professional practice of psychology in accompanying children with ASD and their parents can be quite challenging due to the inherent characteristics of the disorder, which can compromise the mental and physical health of professionals. Thus, the main objective of this study is to understand, through the perceptions of psychologists, what the most common challenges are in their professional practice, while also exploring the conflict management and self-care strategies they adopt. The research followed the qualitative method using the semi-structured interview technique, based on an interview script made up of open questions organised into four units of analysis, designed for data collection. Eight psychologists took part in this research, one from a school setting and seven from a clinical setting, aged between 25 and 42 and with professional experience ranging from 1 to 17 years. The data was analysed according to the thematic analysis model proposed by Braun and Clarke (2006). The results showed the complexity of intervening with these children, who face behavioural and emotional challenges that have a negative impact on their mental and physical health. In addition to the difficulties encountered in dealing with these children, a lack of involvement between the school and home contexts was also identified as another significant difficulty in the intervention process. In the relationship with parents, challenges were also encountered, including resistance to accepting the diagnosis, inadequate expectations and perceptions of the intervention and difficulties in continuing the work at home. However, the participants revealed that they had effective conflict management strategies when accompanying the child and the parents, as well as self-care strategies, demonstrating the importance they attach to personal well-being in order to ensure quality professional practice.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Psychologists; Conflicts; Self-care; Strategies

Índice Geral

Introdução.....	1
PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo I – Perturbação do Espectro do Autismo	5
1. Evolução Histórica do Conceito	5
1.2. Caracterização da Perturbação do Espectro do Autismo	6
1.3. Etiologia da PEA	8
1.4. Prevalência da PEA	10
1.5. Avaliação e Intervenção.....	12
1.6. Experiências de Psicólogos Clínicos no Acompanhamento de Crianças com PEA e Respetivos Pais	14
Capítulo II – Conflito e Gestão Construtiva de Conflitos	17
1. Definição de Conflito	17
1.2. Níveis de Conflito.....	18
1.3. Fatores Geradores	19
1.4. Estratégias de Gestão de Conflitos e seus Obstáculos.....	20
1.5. Competências de Gestão Construtiva de Conflitos	22
Capítulo III – Autocuidado em Psicólogos.....	23
1. Conceito de Autocuidado	23
1.2. Estratégias de Autocuidado	24
PARTE 2 – METODOLOGIA.....	27
Capítulo IV – Metodologia.....	29
1. Introdução.....	29
2. Objetivos.....	29
3. Participantes	31
4. Instrumentos	33
5. Procedimentos	33
5.1. Procedimento de recolha de dados	33
5.2. Procedimento da análise de dados	34
6. Discussão dos resultados	37
6.1. Perceções sobre as dificuldades mais sentidas no acompanhamento de crianças com PEA.....	38
6.2. Desafios que os psicólogos enfrentam com os pais das crianças com PEA.....	42
6.3. Estratégias de gestão de conflitos com os pais	45

6.4. Estratégias de gestão de conflitos com as crianças.....	47
6.5. Estratégias de Autocuidado	49
Conclusão	53
Referências Bibliográficas.....	57
Anexos.....	58
ANEXO A – Declaração de Consentimento Informado.....	60
ANEXO B – Guião de Entrevista.....	62
ANEXO C – Parecer da Comissão de Ética.....	64

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	31
Tabela 2. Sistema Hierárquico de Categorias	37

Lista de Abreviaturas

ABA – Análise Comportamental Aplicada

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

Introdução

O presente Projeto de Investigação é realizado no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, tendo como objetivo compreender os conflitos vividos por psicólogos clínicos no acompanhamento de crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo e com os respetivos pais, identificando as repercussões no bem-estar psicológico e físico dos profissionais.

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices persistentes na comunicação social e interação social. Manifesta-se ainda, por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades e hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais do ambiente (*American Psychiatric Association [APA], 2022*)

Deste modo, o psicólogo assume um papel de extrema importância na avaliação e intervenção psicológicas realizadas com estas crianças, o que pode ser bastante desafiador e exigente emocionalmente, podendo levar a problemas de saúde mental e física. Contudo, de acordo com a literatura, pouco se fala relativamente a este tema e são precisos estudos relacionados com o mesmo, existindo assim uma necessidade de explorar as percepções dos conflitos vividos, dado que são os psicólogos que implementam a intervenção necessária e o se o seu bem-estar estiver em causa, a mesma pode ficar comprometida (Shahid et al., 2024).

O conflito revela-se um elemento indispensável ao desenvolvimento, quer no âmbito pessoal, quer no social, permitindo a construção e compreensão do *self* e das interações com os outros (Cunha & Leitão, 2021).

Considerando algumas investigações, os desafios no acompanhamento da PEA revelam fatores que evidenciam a presença de conflitos mistos, que integram componentes cognitivos e afetivos, nesta prática profissional. Ainda, apontam para o surgimento de conflitos interpessoais e conflitos intrapessoais (Shahied et al., 2024; Cunha & Leitão, 2021).

Neste sentido, no contexto da prática profissional dos psicólogos, o autocuidado assume uma importância crucial, dado que estes profissionais estão frequentemente expostos a elevados níveis de stresse (Posluns & Gall, 2019).

O autocuidado pode ser definido como a capacidade de cada indivíduo cuidar de si próprio, por meio da consciência, do autocontrole e da autossuficiência, com o objetivo de manter ou promover a saúde e o bem-estar ideais (Martínez et al., 2021). Este abrange diversas estratégias, incluindo dimensões físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais, com enfoque tanto no lazer como no contexto profissional (Duncan & Rachael, 2024).

Assim sendo, a presente investigação visa explorar através da percepção dos psicólogos, quais são os desafios mais comuns ao longo das suas práticas profissionais analisando quais são as estratégias de gestão dos conflitos e autocuidado que os mesmos adotam.

A dissertação encontra-se dividida em duas partes, sendo que a primeira diz respeito ao enquadramento teórico com três capítulos. O primeiro apresenta a Perturbação do Espectro do Autismo, com a evolução histórica do conceito, a sua caracterização, a etiologia, a prevalência, avaliação e intervenção e estudos que retratam as experiências vividas por psicólogos no acompanhamento de crianças com esta perturbação. O segundo define o conflito, os níveis de conflito, os fatores geradores, as estratégias de gestão de conflitos e seus obstáculos e competências de gestão construtiva de conflitos. O terceiro refere o conceito de autocuidado e estratégias de autocuidado.

A segunda parte apresenta a metodologia seguida na investigação empírica realizada, descrevendo os objetivos, participantes, instrumentos utilizados, procedimento de recolha de dados e procedimento de análise de resultados.

O estudo de carácter qualitativo, contou com 8 participantes e a recolha de dados através da aplicação de um guião de entrevista especificamente concebido para a presente investigação permitiu aferir os desafios envolventes na intervenção com crianças com PEA na percepção de profissionais da psicologia, confirmando ter um impacto significativo na saúde mental e física. Além disso, explorou as estratégias de gestão de conflitos e autocuidado adotadas. Por fim, as limitações do estudo e as pistas para as futuras investigações sobre o tema também são também detalhadas nas conclusões.

PARTE 1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – Perturbação do Espectro do Autismo

1. Evolução Histórica do Conceito

Por volta de 1910, Bleuler, utilizou o termo “Autismo” pela primeira vez para descrever sintomas idênticos aos que são observados na esquizofrenia como o isolamento social, mas apenas detalhado em 1913 com a publicação do seu artigo “Pensamento Autístico” que serviu de fio condutor para os estudos de Kanner e Asperger (Piccolo, 2024).

Assim sendo, de acordo com Sanches e Tavira (2020), em 1943, Kanner realizou a primeira descrição sistemática desta perturbação com o estudo “Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo”, onde observou e descreveu 11 crianças com comportamentos em comum, como as dificuldades na interação social, graves perturbações na linguagem, estereotípias e uma forte resistência a mudanças e a rotinas. Kanner fez a distinção das duas problemáticas, embora tenha relacionado a natureza básica do autismo à esquizofrenia infantil (Sanches & Taveira, 2020).

No entanto, em 1955, já havia analisado 120 crianças com as características da condição a que já chamava de autismo infantil e diferenciava da esquizofrenia devido ao aparecimento desde o início da vida (Piccolo, 2024).

Kanner, após observar vários sintomas que podiam estar relacionados à origem desta perturbação, apresentou três possíveis causas: uma forma precoce da manifestação da esquizofrenia (embora diferenciava as duas), comportamento despoletado pela relação conflituosa surgida entre as personalidades dos pais e da criança e uma tendência inata à solidão (Piccolo, 2024).

No ano de 1944, Asperger descreveu no seu estudo “Psicopatia Autística Infantil” pacientes semelhantes aos de Kanner, mas que se diferenciavam em alguns aspetos (Louzada, 2024). Estes apresentavam uma linguagem superior e a função executiva menos comprometida e os sintomas só se manifestavam depois do terceiro ano de vida (Lawall & Ribeiro, 2022).

Contrariamente às crianças estudadas por Kanner, as crianças de Asperger revelavam comportamentos anormais na interação com as pessoas e com os objetos, dado que não prestavam atenção a certos elementos do ambiente ou focavam-se exageradamente em alguns elementos. Asperger percebeu também o pobre contacto ocular, o fascínio e a ordenação de determinados objetos (Lawall & Ribeiro, 2022).

O estudo da Perturbação do Espectro do Autismo continuou com modificações inovadoras, sendo que, em 1976, Ritvo trouxe uma nova perspectiva ao perceber que o autismo é marcado por défices cognitivos (Oliveira, 2024).

Em 1978, Rutter e os seus colaboradores, reclassificaram o autismo como uma perturbação do desenvolvimento, como conhecemos nos dias de hoje. Desta forma, o autismo deixou de ser visto como uma psicose e passou a ser visto com uma perturbação com origens e manifestações distintas das anteriormente consideradas psicóticas (Oliveira, 2024).

Wing, também contribuiu significativamente ao desenvolver investigações associadas às ideias de Rutter (Oliveira, 2024). Fundou a “*National Autistic Society*” e em 1981, divulgou o trabalho de Asperger, associando ao trabalho de Kanner, onde desenvolveu um artigo “A relação entre síndrome de Asperger e o Autismo de Kanner”. Assim, Wing procurou perceber se existiam diferentes variedades dentro da mesma anormalidade ou se eram duas anormalidades distintas e chegou à conclusão que apesar das diferenças, ambos trazem uma anormalidade com graus mais leves e graus mais severos. Desta forma, a “*Psicopatia Autística Infantil*”, passou a ser denominada de “*Síndrome de Asperger*”, conhecida como um autismo de alto funcionamento, ou seja, um grau mais leve (Louzada, 2024).

1.2. Caracterização da Perturbação do Espectro do Autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices persistentes na comunicação social e interação social, perceptíveis na reciprocidade socioemocional, nos comportamentos comunicativos não verbais e no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos. Manifesta-se ainda, por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, representados por estereotípias motoras e verbais, inflexibilidade em quebrar rotinas, interesses excessivos por um determinado tema ou objeto e hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais do ambiente (*American Psychiatric Association [APA], 2022*). Deste modo, é possível perceber que o autismo apresenta uma grande variedade de sintomas, mas também diferentes graus de severidade (Oliveira et al., 2024).

Os primeiros sinais podem manifestar-se de forma subtil nos primeiros meses de vida, com a ausência do contacto ocular e do sorriso, a inexistência de reação ao ser chamado pelo nome e a incapacidade de encontrar conforto no colo. Estes sinais podem ser mais difíceis de identificar, especialmente em pais que têm apenas um filho. Contudo, estes tornam-se mais claros aquando de uma regressão no desenvolvimento, percebidos entre o primeiro e o segundo ano de vida, pela perda de competências na reciprocidade social e na linguagem (Antunes et al., 2024).

De acordo com Shen e Piven (2022), os traços distintivos que permitem o diagnóstico do autismo começam a manifestar-se progressivamente ao longo do segundo ano de vida, consolidando-se entre os 18 e os 36 meses.

Ao nível social, para além da ausência do contacto ocular, muitas crianças apresentam um desinteresse na imitação dos adultos, o não apontar para pedir algo ou partilhar algum interesse, utilização da mão do outro como instrumento para fazer alguma coisa que pretende, os gestos são usados de forma invulgar e a linguagem pode não existir ou não ser a esperada para a idade, sendo muito comum a presença da ecolalia (repetição de palavras ou frases ditas pelo o outro) e da linguagem idiossincrática (não é dirigida ao outro e não é perceptível). Por outro lado, há crianças que começam a falar com facilidade, mas o seu discurso é dirigido apenas aos seus interesses, sendo possível observar também rituais verbais (Antunes et al., 2024).

Ao nível comportamental, destacam-se dois fatores de alerta: a intensidade e a peculiaridade dos interesses da criança. Neste sentido, observa-se que o fascínio por um determinado brinquedo ou objeto, manifesta-se de forma atípica evidenciado na exploração pouco comum do mesmo e na dificuldade em transitar para outros, sendo que a criança demonstra apenas obsessão no prazer ou na necessidade da repetição. Sabe-se ainda que, brincadeiras de faz-de-conta (jogo simbólico) não é uma atividade que a criança geralmente desenvolva. De igual modo acontece quando a criança demonstra interesse por um tema específico, sendo frequentemente acompanhado por um conhecimento exorbitante (Antunes et al., 2024).

É também muito comum a presença de comportamentos ritualizados que diz respeito a comportamentos feitos numa determinada sequência, sendo que tentativas de alterações na rotina desencadeiam birras muito difíceis de contornar (Antunes et al., 2024).

As estereotípias motoras mais comuns são bater as mãos na frente do rosto, balançar as mãos (*flapping*), balançar o corpo para a frente e para trás (*rocking*), andar de bicos de pés, girar objetos e girar sobre o próprio eixo (Gaiato & Teixeira, 2018).

Devido aos problemas de comportamento, aos níveis elevados de hiperatividade, ao afastamento social e irritabilidade, o sono encontra-se muitas vezes comprometido, o que se traduz num mau funcionamento diário, impactando assim nos processos cognitivos (Almondes & Carvalho, 2023).

Ao nível sensorial, os indivíduos com autismo podem apresentar indiferença à dor e à temperatura, aversão a sons e a determinadas texturas, cheiro ou toque excessivo de objetos e atração visual por luzes ou movimentos (Freitas et al., 2022).

Segundo Paula et al. (2020), a seletividade alimentar é uma característica da PEA que surge devido à hipersensibilidade aos estímulos sensoriais, o que leva à dificuldade em experimentar novos alimentos, devido ao consumo diário dos mesmos alimentos sem variação. Assim, existe uma preferência por alimentos com determinadas cores e texturas, recusando outras e o ambiente onde é feita a refeição também tem influência, sendo que o indivíduo só come se for, por exemplo, com determinado talher.

Consequentemente, crianças com PEA apresentam também problemas gastrointestinais como diarreia, obstipação, alergias e intolerâncias alimentares (Paula et al., 2020).

Devido ao autismo ser uma perturbação complexa, na maioria dos casos existem entre duas a cinco comorbilidades que podem ser: Perturbações de ansiedade, depressão, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC), deficiência intelectual, epilepsia, entre outros (Freitas et al., 2022).

1.3. Etiologia da PEA

De acordo com Oliveira et al. (2024), a Perturbação do Espectro do Autismo possui uma etiologia multifatorial, resultante principalmente de fatores genéticos e ambientais.

Estudos científicos demonstram que o autismo apresenta uma elevada herdabilidade, como evidenciado pela alta taxa de concordância observada em gémeos monozigóticos (70% a 90%) em comparação com gémeos dizigóticos, cuja taxa varia entre 0% e 10% (Sauer et al., 2024). Além disso, quando já existem casos de autismo numa família, a

probabilidade de recorrência é estimada entre 3% e 8%. Irmãos mais novos, especialmente do sexo masculino, apresentam um risco aumentado de desenvolver a PEA (Sauer et al., 2024).

Entre 20% e 25% dos indivíduos diagnosticados com PEA apresentam causas genéticas identificáveis. Estas podem manifestar-se na forma de mutações de novo, variações genéticas raras e comuns, ou polimorfismos que estejam associados à perturbação (Sauer et al., 2024). Segundo Evangelho et al. (2021), cerca de 49% dos casos de autismo são atribuíveis a variantes genéticas comuns que, embora disseminadas na população, isoladamente conferem um risco reduzido. No entanto, o efeito cumulativo de múltiplas variantes pode aumentar significativamente o risco de desenvolvimento da PEA.

Ainda de acordo com Oliveira et al. (2024), investigações do genoma humano indicam que a variabilidade fenotípica da PEA resulta da interação e combinação de múltiplos genes. Apesar do papel preponderante dos fatores genéticos, a PEA também está frequentemente associada a síndromes genéticas específicas, como a esclerose tuberosa, a síndrome do X frágil e a síndrome de Down, reforçando a complexidade genética subjacente à perturbação.

No que concerne aos fatores ambientais, diversos estudos demonstram que, nas últimas décadas, o autismo tem sido relacionado a fatores que ocorrem em diferentes períodos do desenvolvimento: pré-natal, perinatal e pós-natal (Silva et al., 2024).

Nesta perspetiva, vários fatores pré-natais têm sido associados a um aumento do risco de desenvolvimento da PEA. Entre estes, destacam-se as doenças maternas como a hipertensão e a diabetes, que apresentam uma ligação consistente com o risco acrescido. Do mesmo modo, agentes infecciosos, como a rubéola congénita e o citomegalovírus, também têm sido implicados como fatores predisponentes (Silva et al., 2024).

Além disso, a exposição a agentes químicos, incluindo arsénico, chumbo e mercúrio, é considerada particularmente prejudicial, assim como a exposição à poluição ambiental (Silva et al., 2024).

Wang e Wang (2024) defendem que a exposição a substâncias como o álcool e tabagismo passivo durante a gravidez também são fatores de risco importantes para o desenvolvimento do PEA.

Estudos indicam que certos medicamentos durante a gravidez podem apresentar um risco para o desenvolvimento da PEA, sendo que estes incluem, o uso de medicamentos psiquiátricos que interferem no desenvolvimento fetal através da placenta. Particularmente, a ingestão de ácido valpróico, constitui também como um fator de risco relevante, uma vez que causa múltiplos riscos incluindo a incapacidade congênita, o retardo do crescimento e prejudica o desenvolvimento cognitivo. Outros medicamentos como Talidomina e Misoprostol demonstraram igualmente uma vulnerabilidade elevada ao autismo (Wang & Wang, 2024).

A nutrição, também pode influenciar significativamente, sendo que o consumo deficiente de nutrientes essenciais pelas mães também pode levar a um risco aumentado. Assim sendo, há evidências crescentes de que as deficiências de vitamina B e vitamina D estão associadas a uma maior incidência de anormalidades fetais, bem como baixos níveis de zinco (Wang & Wang, 2024).

Numerosas investigações foram feitas sobre os fatores perinatais que demonstraram uma correlação com o autismo e incluíram o nascimento prematuro e o baixo peso à nascença (Silva et al., 2024).

No que toca aos fatores pós-natais, a literatura demonstra que nas primeiras seis semanas após o nascimento, o recém-nascido pode desenvolver algumas patologias que englobam por exemplo o trato respiratório e urinário que por liberar citocinas como resposta imune à infecção, podem assim ocasionar a proliferação e diferenciação de células neurais (Santos et al., 2019).

Outros fatores ambientais incluem a idade avançada dos pais e o stresse psicológico que têm sido consistentemente associados a um risco acrescido de PEA (Wang & Wang, 2024).

1.4. Prevalência da PEA

As investigações relacionadas com a prevalência da Perturbação do Espectro do Autismo começaram a ser desenvolvidas nas décadas de 1960 e 1970. Nesta fase inicial, verificou-se uma prevalência estimada entre 0,5 e 0,7 casos por cada 10.000 pessoas. Desde então, múltiplos estudos foram realizados em vários países, demonstrando um aumento significativo na prevalência por volta do ano 2000 (Talantseva et al., 2023).

De acordo com a Rede de Monitorização de Autismo e Deficiências de Desenvolvimento (ADDM), estabelecida pelos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) nos Estados Unidos, a prevalência da PEA entre crianças de 8 anos foi de 67 por cada 10.000 em 2000, aumentando para 90 por 10.000 em 2006 e 145 por 10.000 em 2012. O relatório mais recente, em 2018, indicou que a perturbação afeta aproximadamente 230 por cada 10.000 crianças, evidenciando um crescimento considerável desde os primeiros estudos (Talantseva et al., 2023).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que, globalmente, uma em cada 160 crianças apresenta a PEA (Soares et al., 2024). Contudo, revisões sistemáticas anteriormente publicadas sugerem que este aumento não se deve a uma maior prevalência real, mas devido a outros fatores (Talantseva et al., 2023).

Segundo diversos estudos epidemiológicos realizados ao longo dos últimos 50 anos, o aumento global na prevalência da PEA pode ser atribuído a uma maior consciencialização sobre a perturbação, à expansão dos critérios de diagnóstico, à melhoria das ferramentas de identificação e ao aperfeiçoamento das informações reportadas (Viana et al., 2020). Este fenómeno é observado à escala global, embora com variações significativas entre diferentes regiões e contextos económicos. Verificando-se, por exemplo, uma maior prevalência nos países de elevado poder económico, particularmente onde o inglês é a língua predominante (Oliveira et al., 2024).

Por outro lado, os países em desenvolvimento apresentam poucos estudos sobre a prevalência da PEA, o que poderá estar relacionado com um menor incentivo financeiro e cultural para a realização de pesquisas, assim como com a falta de consciencialização sobre a relevância da saúde mental (Soares et al., 2024).

A PEA é atualmente considerada o terceiro distúrbio do desenvolvimento mais frequente, ultrapassando em prevalência condições como malformações congénitas, síndrome de Down e cancro infantil (Oliveira et al., 2024).

Em Portugal, um estudo realizado por Oliveira et al. (2007) junto de crianças do ensino básico estimou uma prevalência de cerca de 10 casos por cada 10.000 crianças.

1.5. Avaliação e Intervenção

O diagnóstico da PEA é baseado em critérios comportamentais estabelecidos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). No entanto, esta perturbação pode manifestar-se de formas muito diversificadas e, frequentemente, sobrepõe-se a outras condições, o que pode dificultar o processo de avaliação (Saraiva et al., 2024).

De acordo com Fernandes et al. (2020), para apoiar este processo existem ferramentas de avaliação específicas, como o *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) (Lord et al., 1989), o *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) (Lord et al., 1994), o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) (Robins et al., 2001) e a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) (Schopler et al., 1988).

Paralelamente, os avanços no campo dos biomarcadores e das técnicas de imagem cerebral têm o potencial de melhorar a precisão diagnóstica da PEA. Estudos utilizando neuroimagem funcional, como a ressonância magnética funcional (fMRI) e a tomografia por emissão de positrões (PET), têm identificado padrões distintivos de conectividade cerebral em indivíduos com PEA. Estes padrões poderão vir a servir como biomarcadores para auxiliar no diagnóstico (Saraiva et al., 2024).

A realização de um diagnóstico preciso é fundamental para a implementação de intervenções precoces e eficazes. Uma avaliação rigorosa permite planejar intervenções personalizadas, adaptadas às necessidades específicas de cada indivíduo, contribuindo de forma significativa para a melhoria da sua qualidade de vida (Saraiva et al., 2024). Neste contexto, a intervenção precoce é delineada com base nas características únicas de cada criança, considerando a dinâmica familiar e os recursos disponíveis na comunidade (Oliveira et al., 2024).

Neste contexto, as intervenções terapêuticas direcionadas para o Perturbação do Espectro do Autismo são diversificadas e incluem abordagens comportamentais, farmacológicas e tecnológicas (Saraiva et al., 2024).

As intervenções comportamentais desempenham um papel crucial no desenvolvimento de competências de comunicação, habilidades sociais, brincadeiras, competências de vida diária, competências académicas e na gestão de comportamentos inadequados (Lordan et al., 2021). Entre estas abordagens, destaca-se a Análise Comportamental Aplicada (ABA), amplamente utilizada, que tem como princípio o condicionamento de

comportamentos-alvo. A ABA visa o ensino progressivo e sistemático através do reforço positivo, sendo fundamental para a redução de comportamentos desadaptativos e para a promoção de competências funcionais que favoreçam a aprendizagem e a integração social da criança (Oliveira et al., 2024).

O Modelo Denver de Intervenção Precoce utiliza princípios da ABA com o intuito de estimular interações sociais positivas e naturalistas, aumentar a motivação da criança e melhorar a comunicação recetiva e expressiva, bem como as competências cognitivas e motoras. Trata-se de um modelo intensivo e estruturado que procura criar um ambiente propício ao desenvolvimento de competências sociais (Oliveira et al., 2024).

O método de Tratamento e Educação para Crianças Autistas e com Deficiência na Comunicação (TEACCH) é igualmente amplamente utilizado, frequentemente em associação com a ABA. Este método caracteriza-se por uma abordagem estruturada que organiza rotinas e planeia a sequência e a duração das atividades, com o objetivo de promover a aprendizagem e a adaptação da criança ao ambiente (Lordan et al., 2021).

O modelo DIR (*Developmental, Individual Differences, Relationship-Based*) destaca-se como uma abordagem centrada no "tempo de chão", em que o objetivo primordial é seguir a motivação da criança, promovendo melhorias na comunicação, nos relacionamentos e no desenvolvimento cognitivo e emocional. Enfatiza a atenção partilhada, a autorregulação, as interações e as brincadeiras, além de considerar os diferentes perfis sensoriais e motores do indivíduo. Envolve a avaliação e o trabalho no planeamento e sequenciamento motor, no processamento sensorial e na modulação. Utiliza também os pontos fortes da criança para construir relações e criar ambientes que favoreçam o desenvolvimento de competências emocionais, sociais e cognitivas (Lordan et al., 2021).

A Terapia de Integração Sensorial é recomendada para crianças com PEA que apresentam alterações no processamento sensorial, com o intuito de melhorar a percepção e a resposta aos estímulos sensoriais (Oliveira et al., 2024).

A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) desempenha igualmente um papel essencial no tratamento, especialmente no caso de crianças não verbais. A utilização de sinais, gestos, símbolos e figuras, como o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS), facilita a comunicação e permite que a criança expresse as suas necessidades e desejos de forma eficaz (Oliveira et al., 2024).

O *coaching* parental revela-se também uma estratégia relevante, pois fornece orientação e ferramentas aos pais para lidar com os comportamentos característicos desta condição, facilitando, assim, as rotinas diárias e promovendo um ambiente familiar mais estruturado (Oliveira et al., 2024).

No âmbito tecnológico, observa-se uma crescente utilização de tecnologias como recurso terapêutico. Aplicações de CAA e jogos terapêuticos têm apresentado resultados promissores para algumas crianças com PEA (Saraiva et al., 2024).

Quanto à intervenção farmacológica, os fármacos são utilizados principalmente para tratar sintomas como irritabilidade, agressividade e comportamentos repetitivos. Os antipsicóticos atípicos, como a Risperidona e o Aripiprazol, têm demonstrado eficácia significativa na redução destes sintomas (Saraiva et al., 2024).

As intervenções devem ser realizadas por uma equipa multidisciplinar, com envolvimento ativo da família, a fim de assegurar uma abordagem integrada que responda de forma adequada e personalizada às necessidades específicas de cada criança (Oliveira et al., 2024).

1.6. Experiências de Psicólogos Clínicos no Acompanhamento de Crianças com PEA e Respetivos Pais

O psicólogo assume um papel de extrema importância na avaliação e intervenção psicológicas realizadas com estas crianças, o que pode ser bastante desafiador e exigente emocionalmente, podendo levar a problemas de saúde mental e física. Contudo, de acordo com a literatura, pouco se fala relativamente a este tema e são precisos estudos relacionados com o mesmo, existindo assim uma necessidade de explorar as perceções dos conflitos vividos, dado que são os psicólogos que implementam a intervenção necessária e o se o seu bem-estar estiver em causa, a mesma pode ficar comprometida (Shahid et al., 2024).

Um estudo conduzido por Shahid et al. (2024) refere que os psicólogos, no exercício da sua profissão, frequentemente enfrentam uma série de emoções negativas, tais como stresse, irritabilidade, esgotamento, raiva, sentimentos de impotência, alterações de humor, pensamento excessivo, medo, sobrecarga emocional e baixa autoestima. Essas experiências emocionais negativas podem, por sua vez, contribuir para o surgimento de

dificuldades interpessoais, como a fraca socialização, a redução do tempo dedicado aos amigos e à família, bem como a ocorrência de conflitos nestes contextos. Além disso, observam-se também problemas intrapessoais, nomeadamente a incapacidade de estabelecer novas amizades e de desempenhar adequadamente os papéis familiares.

Relativamente às consequências na saúde física, vários psicólogos apontam diversas queixas somáticas como resposta ao stresse, entre as quais se destacam dores de cabeça, tremores e episódios de sudorese (Shahid et al., 2024).

Uma investigação realizada por Ramos & Salomão (2014) ressaltam algumas dificuldades sentidas por vários profissionais, começando pelo desafio envolvente na realização do diagnóstico devido à heterogeneidade da própria perturbação e o que por vezes pode levar a discordâncias entre profissionais de saúde. Relativamente à intervenção, referem o desafio que é a interação com a criança e a dificuldade em acreditar na eficácia do próprio trabalho devido a ser uma perturbação com uma evolução bastante lenta e que requer um trabalho a longo prazo, causando assim alguma frustração ao profissional.

Para além disto, de acordo com Corden et al. (2021) alguns estudos demonstram baixos níveis de confiança na gestão de comportamento desafiadores característicos no autismo em comparação com outras perturbações.

Cooper et al. (2018) destacam que os terapeutas enfrentam diversas dificuldades no acompanhamento de crianças com autismo, entre as quais se destacam a rigidez no pensamento, o estabelecimento de um ritmo adequado nas sessões e os problemas de comunicação. Além disso, apontam as adversidades associadas à generalização das competências adquiridas durante a terapia para contextos mais amplos, o que reflete a reduzida flexibilidade cognitiva e comportamental característica do autismo. Outro aspeto relevante é o desafio na construção da relação terapêutica, influenciado pelas dificuldades de comunicação social que constituem uma das principais características desta condição.

Relativamente ao envolvimento da família durante o acompanhamento da criança, este é considerado fundamental, dado que são os familiares quem passam a maior parte do tempo com a criança e possuem maior conhecimento para melhor lidar com ela, permitindo assim a troca de informações importantes e a continuidade do trabalho pelos profissionais. No entanto, o trabalho com os pais pode apresentar alguns obstáculos, nomeadamente na aceitação da perturbação, na superproteção que os pais tendem a

PERCEÇÕES DE PSICÓLOGOS SOBRE OS CONFLITOS COM PAIS E CRIANÇAS COM A
PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO AUTISTA

oferecer aos filhos, contribuindo para a falta de limites. Outro aspeto, que é referido como a maior dificuldade é a continuidade do trabalho em casa (Ramos & Salomão, 2014).

Capítulo II – Conflito e Gestão Construtiva de Conflitos

1. Definição de Conflito

O conflito é percebido como sendo inerente à vida humana, estando presente em qualquer comunidade. Inevitavelmente, todos os indivíduos, em algum momento, já experienciaram um conflito consigo mesmo ou com o outro (Cunha & Leitão 2021).

Este tem sido alvo de estudo de diversas ciências sociais e humanas que procuram compreender o conflito social a partir da premissa de que este emerge da convivência em sociedade, sendo assim, um produto da interação entre indivíduos (Cunha & Leitão, 2021).

Posto isto, seguindo de perto Cunha e Leitão (2021), vários autores contribuíram com diferentes perspectivas. Entre elas, o conflito entre o indivíduo e o meio de Darwin, o conflito entre desejo e proibição de Freud, o conflito entre classes sociais de Marx. Todos eles demonstraram os custos e as consequências benéficas do conflito. Mais tarde, Piaget surge com a importância do conflito na tomada de decisões individuais.

O conflito revela-se um elemento indispensável ao desenvolvimento, quer no âmbito pessoal, quer no social. Assim, na abordagem de Piaget, trata-se de um processo crucial para a construção e compreensão do *self* e das interações com os outros. As demandas cognitivas e emocionais que emergem do conflito promovem a evolução dos mecanismos de funcionamento interpessoal, incentivando a sua diversificação e complexidade (Cunha & Leitão 2021).

Como referido em Cunha (2001), o conflito dá-se através de um confronto quando duas ou mais partes pretendem atingir objetivos incompatíveis, sendo que na maioria das vezes esta incompatibilidade é fruto de enviesamentos de percepção que impossibilita a chegada a um acordo. Pode ainda ser entendido como uma tentativa de influenciar outra parte que, por sua vez, apresenta resistência (Cunha & Leitão 2021).

Assim, o conflito pode ser compreendido como uma situação social caracterizada pela interação de estados emocionais, cognitivos e comportamentos que incluem recusa, inimizade e agressividade (Cunha & Leitão 2021).

O conflito pode originar aspetos negativos e disfuncionais nas relações entre indivíduos, como a adoção de soluções baseadas na força, despoletando comportamentos hostis,

insegurança na comunicação, interpretações equivocadas e pode ainda, ser expresso através de condutas verbais e não verbais de agressividade. Contudo, embora o conflito seja frequentemente associado a características destrutivas devido à rivalidade que pode gerar, o conflito também possui um potencial positivo que pode funcionar como um catalisador para o crescimento e a mudança, promovendo, assim, a integração e a coesão social (Cunha & Leitão, 2021; Cunha, 2001).

1.2. Níveis de Conflito

Os conflitos podem manifestar-se em diferentes níveis, tais como: intrapessoal, intragrupal, interpessoal, intergrupar, nacional, internacional, laboral, político, religioso, entre outros (Cunha & Leitão, 2021).

Consoante Cunha (2015), existem diferentes tipos de conflitos. Os conflitos de interesses, objetivos e tarefas, que são considerados mais objetiváveis, ou seja, mais fáceis de compreender, pois torna-se claro o que cada uma das partes pretende. Por essa razão, a sua gestão tende a ser mais simples. Por outro lado, os conflitos relacionados com valores ou afetos são mais subjetivos, o que os torna significativamente mais difíceis de gerir. Além disso, existem os conflitos mistos, que são os mais comuns. Estes iniciam-se como conflitos de interesses, objetivos ou tarefas, mas, quando não são geridos adequadamente, podem evoluir para ataques pessoais, gerando também conflitos de valores ou afetos.

Assim, percebe-se que os conflitos podem ser categorizados com base na relação entre cognição e afeto, diferenciando conflitos cognitivos de conflitos afetivos ou socioemocionais, verificando-se frequentemente que muitos conflitos integram simultaneamente aspetos cognitivos e socioemocionais (Cunha & Leitão 2021).

No que concerne às experiências vivenciadas por psicólogos no acompanhamento de crianças com autismo, diferentes autores nas suas investigações, destacam a exigência emocional associada a esta prática profissional. Investigações referem que esta exigência pode levar ao surgimento de emoções negativas, como stresse, irritabilidade, esgotamento, sensação de impotência e medo, entre outras (Shahied et al., 2024). Estas emoções resultam, em grande parte, dos desafios inerentes ao acompanhamento da PEA, como o carácter lento da evolução e os sinais de melhoria apenas a longo prazo, o que pode levar os psicólogos a questionarem a eficácia do seu trabalho, gerando frustração (Ramos

& Salomão, 2014). Outros fatores desencadeadores de emoções negativas incluem as dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica, os problemas de comunicação e as características inflexíveis de comportamento típicas da perturbação (Coopere et al., 2018). A isto soma-se a dificuldade no envolvimento da família, particularmente pela falta de continuidade do trabalho terapêutico em casa (Ramos & Salomão, 2018). Este conjunto de fatores evidencia a presença de conflitos mistos, que integram componentes cognitivos e afetivos, nesta prática profissional (Cunha & Leitão, 2021).

Não obstante, considerando algumas investigações que apontam para o surgimento de conflitos devido à pouca socialização com a família e amigos como consequência destas experiências, verifica-se o conflito ao nível interpessoal. Contudo, a origem destas dificuldades interpessoais remonta frequentemente às emoções negativas previamente mencionadas, que também se manifestam como conflitos intrapessoais (Shahied et al., 2024; Cunha & Leitão, 2021).

1.3. Fatores Geradores

No que toca aos fatores geradores propostos por Nascimento & Sayed (2002), um deles é a experiência de frustração vivida por uma ou ambas as partes, resultante da impossibilidade de atingir um objetivo ou satisfazer um desejo pessoal, devido a alguma interferência ou limitação pessoal. Assim, no trabalho terapêutico, nem sempre são atingidos os objetivos e quando são caracteriza-se por um processo muito lento, ou seja, não são atingidos no prazo esperado, levando a sentimentos de desesperança na evolução. O mesmo acontece com a falta de colaboração por parte da família que leva a impossibilidade de atingir os objetivos esperados (Ramos & Salomão, 2014).

Adicionalmente, características de personalidade percebidas como menos positivas pela outra parte podem também ser fonte de conflito, tanto no contexto familiar como no ambiente de trabalho. Desta forma, as dificuldades de aceitação da perturbação por parte dos pais e a superproteção, são características evidenciadas que podem contribuir para limitações no trabalho realizado pelos psicólogos (Nascimento & Sayed, 2002; Ramos & Salomão, 2014).

Outra situação ocorre quando as metas de uma parte não são compatíveis com as da outra, originando tensões na tentativa de as alcançar, seja no âmbito familiar ou profissional.

Percebe-se assim, mais uma vez, que quando os pais não dão continuidade ao trabalho realizado pelos psicólogos, dá-se uma incongruência no objetivo a alcançar (Nascimento & Sayed, 2002; Ramos & Salomão, 2014).

Por fim, o conflito pode surgir da ausência de reconhecimento de que o outro pode ter uma forma distinta de aceder e interpretar determinadas informações, o que pode gerar incompreensões entre as partes. Deste modo, a rigidez no pensamento e os problemas de comunicação por parte das crianças com PEA, podem dificultar o estabelecimento da relação terapêutica (Nascimento & Sayed, 2002; Ramos & Salomão, 2014).

1.4. Estratégias de Gestão de Conflitos e seus Obstáculos

É importante destacar a diferença entre resolução de conflitos e gestão de conflitos. A resolução, trata-se de um término ou amenização do conflito com estratégias ao nível micro, enquanto que a gestão pretende atuar ao nível macro, proporcionando estratégias eficazes e que promovam a aprendizagem de um modo construtivo (Rahim, 2002).

Nesta linha de pensamento, o conflito evoluiu epistemologicamente, sendo que anteriormente era associado a uma ideia de algo negativo e indesejável, caracterizado por uma abordagem individualista e defensiva., que privilegiava a fuga às responsabilidades e a proteção contra as queixas por erros de julgamento, incompetência ou por adiamento, culpando os outros. Tal abordagem dificultava o processo de resolução dos problemas (Rahim, 2002).

Já o novo paradigma, é entendido como algo que está presente na natureza humana e que, atualmente é entendido como um fenómeno que traz benefícios às pessoas em sociedade, ainda que prevaleça a visão do conflito como algo a ser evitado. Alguns autores destacam alguns aspetos positivos que advém do mesmo, entre elas, a prevenção contra a estagnação, o estímulo, a motivação, a curiosidade e a criatividade (Moreira et al., 2020).

Contudo, de acordo com Cunha e Leitão (2021), a gestão eficaz de conflitos requer o reconhecimento e a confrontação do paradigma anterior. É essencial proceder a um diagnóstico e intervenção que atenuem os conflitos de natureza afetiva, enquanto se procura atingir e manter um nível moderado de conflito substantivo.

Posto isto, são vários os estilos de gestão de conflitos na literatura, sendo necessário ter em conta que a escolha e utilização devem estar enquadrados com o a situação e contexto do conflito (Cunha & Leitão, 2021).

Começando pela aproximação dicotómica de Deutsch (1994) este diferencia duas formas diferentes de gerir os conflitos, através da cooperação (processo construtivo observado pela interdependência das metas de ambas as partes) e competição (processo destrutivo onde a interdependência é vista como negativa).

A abordagem dos três estilos de Putnam e Wilson (1982), refere a não confrontação (evitar ou ceder unilateralmente aos interesses do outro), orientação para solução de problemas (entrar num acordo que satisfaça ambas as partes ou um acordo de compromisso com a concessão bilateral) e controle (acordar apenas em função dos próprios interesses).

A abordagem de Rahim e Bonoma (1979), mencionam duas dimensões, sendo elas o interesse por si próprio e o interesse pelo o outro, caracterizadas pelo grau de motivação de alcançar os próprios objetivos e os objetivos da outra parte. A junção entre as duas dimensões leva a cinco estilos: integração, anuência, dominação, evitamento e compromisso.

A abordagem de Rubin, Pruitt e Kim, menciona cinco estratégias: a solução de problemas em que existe um elevado interesse próprio e pelo outro, a rivalidade, competição ou dominação em que o interesse é elevado pelo próprio, mas baixo pelo outro, a conceção, cedência ou cooperação, onde existe um elevado interesse pelo outro, mas baixo interesse próprio e a inação em que os interesses são baixos por ambos (Rubin et al., 1994).

A abordagem de Thomas (1992), considera a assertividade (intuito de satisfazer os próprios interesses) e cooperação (intuito de satisfazer os interesses do outro), sendo que a conexão entre as duas pode desenvolver o evitamento, colaboração, servilismo e compromisso. Os interesses regem-se pela motivação dos próprios interesses e os dos outros, estando relacionada com características pessoais e situacionais.

Por fim, a abordagem de Van de Vliert e Euwema (1994), trata-se de uma nova proposta que integra as abordagens anteriormente referidas mediante as variáveis nível de atividade do comportamento e nível de agradabilidade. A atividade está relacionada ao grau em que comportamento de gestão de conflito é de abertura, direto e espontâneo e a agradabilidade em que o comportamento é relaxado, descontraído e jovial. Desta forma

obtemos um esquema que integra os comportamentos de evitamento, acomodação, compromisso, solução e problemas e dominação.

Cunha & Leitão (2021) destacam, ainda, algumas dificuldades que podem ser impeditivas de uma boa gestão dos conflitos no âmbito interpessoal, como a dificuldade no reconhecimento da diferença entre problema e conflito, a subestimação e sobrestimação da própria capacidade de resolução de conflito, percepções interpessoais enviesadas, ausência de comunicação, disputa com posições inflexíveis, discussão sobre acontecimentos passados, culpar e etiquetar a outra parte, ignorar as necessidades e interesses do outro, apenas aceitar negociar quando o outro reconhecer o que fez de errado, recusar ao outro do seu direito a trocar e falta ou utilização inadequada de recursos.

1.5. Competências de Gestão Construtiva de Conflitos

De forma a solucionar construtivamente os conflitos, é fundamental ter em conta que todos os níveis da vida social que carecem de diálogo, procura de acordos e exploração de objetivos comuns. Deste modo, a reflexão como estratégia torna-se importante para os indivíduos estarem capazes de perceber o que está na origem dos conflitos (Cunha & Leitão, 2021).

Assim, Deutsch (1994) enumera algumas competências para uma gestão construtiva de conflitos:

- Conhecer qual o tipo de conflito que enfrenta;
- Respeito de ambas as partes pelos interesses de cada uma;
- Diferenciar de forma clara “interesses” e “posições”;
- Reconhecer os interesses em comum
- Perceber os interesses divergentes como algo em comum e resolver mutuamente;
- Proporcionar ao outro uma comunicação aberta com escuta ativa e falar de forma clara;
- Estar atento a situações que contribuam para possíveis pensamentos distorcidos;
- Procurar desenvolver a capacidade para lidar com conflitos difíceis;
- E possui um bom conhecimento de si próprio de forma a saber lidar melhor com situações desafiantes.

Capítulo III – Autocuidado em Psicólogos

1. Conceito de Autocuidado

Desde os primórdios da humanidade, os indivíduos têm procurado estratégias para garantir a sua segurança e enfrentar doenças e outros desafios relacionados com a saúde. Entre essas estratégias, destacam-se os rituais realizados por culturas primitivas, o consumo de alimentos específicos para promoção da saúde e o compartilhamento de conhecimentos transmitidos de geração em geração (Martínez et al., 2021).

Segundo Martínez et al. (2021), estas práticas estavam já presentes na sociedade antes mesmo da implementação dos sistemas de saúde. No entanto, os avanços tecnológicos, ao capacitar os profissionais de saúde, contribuíram para uma redução gradual do autocuidado. Foi apenas na segunda metade do século XX, com a mudança dos padrões de doenças agudas para doenças crônicas, que se observou uma expansão significativa e uma maior valorização do autocuidado. Esta transformação permitiu um maior reconhecimento da sua importância, especialmente para os idosos, que adquiriram mais autonomia na gestão das suas condições de saúde e maior consciência sobre o bem-estar.

O autocuidado pode ser definido como a capacidade de cada indivíduo cuidar de si próprio, por meio da consciência, do autocontrole e da autossuficiência, com o objetivo de manter ou promover a saúde e o bem-estar ideais (Martínez et al., 2021).

No contexto da prática profissional dos psicólogos, o autocuidado assume uma importância crucial, dado que estes profissionais estão frequentemente expostos a elevados níveis de stresse devido às exigências emocionais relacionadas com as histórias de vida intensas dos clientes e às grandes cargas de trabalho (Posluns & Gall, 2019). A ausência de estratégias eficazes de autocuidado pode contribuir para o desenvolvimento de esgotamento físico e mental, comprometendo o desempenho profissional e a qualidade dos serviços prestados. Estudos indicam que a prevalência de *burnout* entre profissionais de saúde varia entre 21% e 67%, sendo este fenómeno um dos principais fatores para a diminuição do envolvimento dos clientes e para interrupções no processo terapêutico (Jiang et al., 2021).

Neste sentido, o autocuidado dos psicólogos desempenha três funções principais, como proteger o terapeuta, reduzindo os riscos associados ao *burnout*, ao mesmo tempo que contribui para a melhoria da psicoterapia, ao modelar comportamentos saudáveis.

Adicionalmente, esta prática promove a proteção do cliente, diminuindo a probabilidade de ocorrências de violações éticas (Jiang et al., 2021).

1.2. Estratégias de Autocuidado

O autocuidado é entendido como um processo contínuo e consciente de cuidar de si mesmo, que abrange diversas estratégias, incluindo dimensões físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais, com enfoque tanto no lazer como no contexto profissional (Duncan & Rachael, 2024).

De acordo com um estudo realizado por Duncan e Rachael (2024) a psicólogos, as folgas e férias desempenham um papel crucial ao permitir que os profissionais se desconectem do trabalho. Além disso, a realização de atividades de lazer ajustadas às preferências individuais é igualmente relevante, proporcionando momentos de descontração e prazer. O exercício físico é outro elemento que ajuda a aliviar o stress e promove o relaxamento. Paralelamente, a manutenção de conexões interpessoais com familiares, amigos, colegas e supervisores, é apontada como uma estratégia eficaz para fortalecer a resiliência.

A perspectiva individual, que abrange a visão do mundo, a mentalidade e os valores relacionados com o trabalho, pode ser determinante para fomentar sentimentos de esperança. Assim como, o ser positivo e apreciar aquilo que se faz demonstra contribuir significativamente para o bem-estar. Adicionalmente, estabelecer limites claros, reconhecendo as próprias limitações, é essencial para assegurar o equilíbrio entre as esferas pessoal e profissional (Duncan & Rachael, 2024).

A prática da atenção plena, por meio de atividades como mindfulness, permite aos profissionais estarem mais conscientes de si próprios. Por sua vez, a espiritualidade e a meditação destacam-se pela ligação que promovem, ajudando os indivíduos a compreenderem-se a si mesmos e aos outros, a enfrentar o sofrimento humano e a atribuir significado aos desafios que surgem no trabalho e na vida pessoal (Duncan & Rachael, 2024).

Por último, a aprendizagem contínua emerge como um fator crucial também para o fortalecimento da resiliência, capacitando os profissionais a enfrentar as adversidades com maior confiança e adaptabilidade (Duncan & Rachael, 2024).

Um trabalho elaborado por Ziede e Norcross (2020), acrescenta que o automonitoramento está presente em alguns psicólogos como estratégia do autocuidado, em que através da escrita registam, por exemplo, estados de humor, experiências ou um diário alimentar.

Os autores também destacam o foco nas recompensas como uma fonte de motivação, sendo que recordar casos de sucesso no trabalho ou centrar-se na estimulação intelectual e emocional pode incentivar muitos profissionais, uma vez que o aprofundamento do conhecimento nesta área contribui para uma maior capacidade de comunicação, aceitação dos problemas, empatia, tolerância e maior resolução de problemas, promovendo o sucesso nos seus relacionamentos (Ziede & Norcross, 2020).

Além disso, o sono é apontado como um fator essencial para a produtividade, assim como a nutrição e a hidratação para o estabelecimento do humor e energia adequados. Contudo, estes aspetos são frequentemente negligenciados nesta profissão, devido a noites de trabalho que comprometem a qualidade do sono ou agendas sobrecarregadas que levam a saltar refeições (Ziede & Norcross, 2020).

Os autores sublinham também a importância da terapia pessoal no autocuidado dos psicólogos, o que contribui significativamente para o funcionamento emocional, permitindo-lhes compreender melhor as suas dinâmicas pessoais. Consequentemente, estão mais aptos a ter percepções claras sobre os seus clientes, reduzindo percepções enviesadas e minimizando o risco de contratransferência (Ziede & Norcross, 2020).

PARTE 2

METODOLOGIA

Capítulo IV – Metodologia

1. Introdução

O estudo conduzido seguiu o método qualitativo que parte do princípio de perceber o indivíduo como um sujeito social com a sua própria história, valores, significados e intenções que constroem a individualidade de cada ser humano. Assim, procura-se compreender as crenças, hábitos, atitudes e opiniões, aprofundando na complexidade dos fenómenos, o que não se limita apenas a observar, a estabelecer ligações e atribuir significados aos comportamentos, mas a compreender e explicar os comportamentos, sentimentos e processos mentais (Silva, 2010).

Nesse sentido, a técnica utilizada é a entrevista semiestruturada com base no guião de entrevista que constitui o instrumento que apoia a investigação, contendo questões abertas suficientemente extensas pelo investigador e suficientemente abertas para permitir a liberdade de explorar as razões e conduzir para direções que não estavam programadas e possibilitar também a expressão dos participantes (Lombardi et al., 2021).

2. Objetivos

No estudo em causa, o objetivo geral prendeu-se com compreender os conflitos vividos por psicólogos clínicos no acompanhamento de crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo e com os pais, identificando, também desta forma, as repercussões no bem-estar psicológico e físico dos mesmos.

Como objetivos específicos definem-se os seguintes:

- Analisar as perceções das dificuldades mais sentidas pelos psicólogos clínicos participantes do estudo no acompanhamento de crianças com PEA;
- Compreender quais são os desafios que esses psicólogos enfrentam com os pais das crianças com PEA;
- Identificar e perceber quais são as estratégias de gestão de conflitos e de autocuidado adotadas pelos mesmos.

3. Participantes

O processo de seleção dos participantes para esta investigação foi conduzido com base em critérios rigorosamente definidos de inclusão e exclusão, assegurando a adequação e relevância da população selecionada.

No que concerne aos critérios de inclusão, determinou-se que os participantes deveriam ser psicólogos especializados no autismo, de forma a garantir que estes tenham uma formação e compreensão aprofundadas das necessidades específicas das crianças com PEA, estando, assim, familiarizados com os potenciais conflitos. Exigiu-se ainda que os participantes tivessem um envolvimento ativo com os pais durante o acompanhamento terapêutico para compreender em profundidade os desafios enfrentados. Ademais, foi estipulado que os participantes deveriam estar, no momento da investigação, a exercer funções profissionais com crianças autistas, de modo a assegurar que as percepções sobre os conflitos são baseadas em experiências recentes, o que traz relevância e atualidade às informações recolhidas. Por fim, o critério de serem residentes da Área Metropolitana do Porto define uma população acessível e que pode, devido a fatores regionais, apresentar eventualmente experiências semelhantes.

Como critérios de exclusão, foram excluídos profissionais com menos de um ano de experiência prática no autismo para certificar que os participantes dispusessem de um volume significativo de casos e uma diversidade de situações de conflito que lhes permite observar, identificar e refletir sobre os mesmos. Ainda, foram excluídos profissionais sem envolvimento ativo com os pais durante o acompanhamento terapêutico e que não fossem residentes na Área Metropolitana do Porto.

Para a realização das entrevistas, foi dada a possibilidade aos participantes destas se realizarem presencialmente ou à distância, através da plataforma *Zoom*, sendo que todas as participantes optaram por prestar o seu testemunho à distância, utilizando esta ferramenta digital.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Caracterização Sociodemográfica		Frequência
Sexo	Feminino	8
Idade	25	1

PERCEÇÕES DE PSICÓLOGOS SOBRE OS CONFLITOS COM PAIS E CRIANÇAS COM A PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO AUTISTA

	27	1
	30	1
	36	1
	40	3
	42	1
Habilitações Literárias	Mestrado	8
Anos de Experiência no Autismo	1	1
	2	1
	3	1
	4	1
	5	1
	10	2
	17	1
Área de atuação	Contexto clínico	7
	Contexto escolar	1

A presente investigação contou com um total de oito participantes, todas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e os 42 anos. Destaca-se que três das participantes têm 40 anos, enquanto as restantes apresentam idades diversas (25, 27, 30, 36 e 42 anos). Relativamente às habilitações literárias, todas as entrevistadas possuem o grau de Mestrado. No que diz respeito à experiência profissional, verifica-se uma variação entre 1 e 17 anos no trabalho com crianças com PEA, sendo que duas participantes possuem 10 anos de experiência, enquanto nas restantes se observa uma distribuição heterogénea, com diferentes trajetórias profissionais (1, 2, 3, 4, 5 e 17 anos). Por fim, uma participante atua em contexto escolar e as restantes em contexto clínico.

4. Instrumentos

Primeiramente, antes da realização das entrevistas foram entregues os consentimentos informados (ANEXO A), de modo a cumprir os requisitos éticos.

Para a recolha de dados, o instrumento de investigação utilizado foi elaborado pela investigadora e pelo seu orientador e consiste num guião de entrevista semidiretiva (ANEXO B) composto por questões abertas organizadas em quatro unidades de análise.

A primeira unidade refere-se à caracterização sociodemográfica dos participantes, integrando questões sobre o sexo, idade, habilitações literárias e anos de experiência no trabalho com o autismo.

A segunda unidade visa compreender, a partir do relato dos psicólogos, as suas perceções sobre as dificuldades mais sentidas no acompanhamento de crianças com PEA, procurando analisar de que forma estas dificuldades e conflitos resultantes afetam a confiança no exercício da profissão, a saúde mental e física, bem como o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional.

A terceira unidade centra-se nos desafios que os psicólogos enfrentam com os pais das crianças com PEA, explorando a natureza destas interações e os conflitos mais comuns, verificando de que modo interferem consequentemente na intervenção com as crianças.

Por fim, a quarta unidade procura identificar as estratégias utilizadas na gestão de conflitos, tanto com os pais como com as crianças, bem como as estratégias de autocuidado adotadas pelos profissionais, analisando de que forma estas contribuem para uma boa prática profissional.

As entrevistas foram realizadas com recurso a um gravador de áudio que permitiram posteriormente proceder à transcrição das mesmas para a realização de uma análise interpretativa e detalhada dos dados.

5. Procedimentos

5.1. Procedimento de recolha de dados

A primeira etapa do procedimento de recolha de dados consistiu na obtenção do parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (ANEXO C). Após essa

aprovação, iniciou-se o processo de seleção dos participantes, recorrendo ao método *Snowball*, através de contactos académicos e profissionais da investigadora e do seu orientador responsável pelo estudo. Num primeiro momento, foi verificado se os potenciais participantes cumpriam os requisitos necessários, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Antes de proceder à recolha de dados, foi fornecida aos participantes uma explicação clara e detalhada sobre os objetivos do estudo, a duração prevista para a entrevista e as condições de participação, salientando que esta era totalmente voluntária e que os participantes poderiam desistir a qualquer momento, sem qualquer consequência. Foi ainda assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados, informando que todos os registos seriam armazenados num local seguro, protegidos por palavra-passe, e que, no final da investigação, seriam destruídos.

Seguidamente, os participantes receberam o consentimento informado (ANEXO A), que foi assinado digitalmente e recolhido antes do início das entrevistas. Estas foram realizadas à distância, através da plataforma *Zoom*, utilizando um guião de entrevista semiestruturada. Todas as sessões foram gravadas, permitindo a posterior análise e tratamento dos dados.

5.2. Procedimento da análise de dados

Após a realização das entrevistas a todos os participantes, procedeu-se à análise qualitativa dos dados, seguindo o modelo de análise temática proposto por Braun e Clarke (2006). Este método visa identificar, analisar e comunicar padrões ou temas emergentes nos dados, permitindo uma organização e descrição rica do conjunto de informações recolhidas. Para além disso, possibilita a interpretação de diversos aspetos relacionados com o tópico de investigação.

Desta forma, os autores descrevem este processo em seis fases distintas (Braun & Clarke, 2006):

Na fase inicial, procede-se à transcrição integral, em formato escrito, das entrevistas realizadas, dado tratar-se de conteúdo de natureza verbal, essencial para o início do processo de análise temática. Esta etapa marca o início da familiarização com os dados recolhidos, permitindo uma compreensão aprofundada do seu conteúdo. Para tal, realiza-

se uma leitura atenta e repetida das transcrições, com o objetivo de identificar significados, padrões e possíveis temas emergentes.

Na segunda fase, deu-se início o processo de codificação dos dados, com a identificação de elementos que apresentam relevância para os objetivos da presente investigação. Estes elementos são agrupados sob a forma de códigos, que representam unidades significativas de análise e que poderão dar origem a padrões recorrentes, fundamentais para a construção dos temas.

Na terceira fase, a análise é reorientada para um nível mais abrangente, centrando-se na identificação e definição de temas. Este processo envolve a análise detalhada dos códigos previamente gerados, com o objetivo de considerar como estes podem ser combinados para formar temas principais e subtemas. Assim, para facilitar a organização e visualização, começa-se a elaborar um mapa temático que estrutura os temas principais e os respetivos subtemas.

Na quarta fase, procede-se à revisão dos temas identificados, com o objetivo de assegurar que os dados agrupados em cada tema coexistem de forma significativa e apresentam distinções claras e identificáveis entre si. Esta revisão inclui a análise dos extratos de dados codificados, avaliando se estes formam um padrão coerente dentro de cada tema. Subsequentemente, verifica-se a adequação dos temas em relação ao conjunto de dados global, procedendo-se ainda à codificação de quaisquer dados adicionais que possam ter sido omitidos nas fases anteriores.

Na quinta fase, procedeu-se à nomeação dos temas elaborados, onde cada um foi designado de forma a refletir o seu conteúdo e relevância, assegurando a sua ligação direta com a questão central da investigação. Estes temas constituíram a base para uma análise detalhada e aprofundada, permitindo explorar a sua relação com os objetivos do estudo.

Na sexta e última fase, realiza-se a análise final, que consiste na reflexão e redação da discussão dos resultados de forma coerente e estruturada. Este processo envolve a interpretação dos dados à luz do enquadramento teórico previamente estabelecido e em consonância com a literatura existente. Assim, procura-se garantir que os resultados obtidos são contextualizados e discutidos de forma a responderem à principal questão de investigação.

6. Discussão dos resultados

O processo de análise temática realizado nesta investigação baseou-se nas percepções dos 8 entrevistados, culminando na identificação de 18 categorias organizadas em 5 domínios principais. Estes domínios englobam as percepções sobre as dificuldades mais sentidas no acompanhamento de crianças com PEA, aos desafios que os psicólogos enfrentam com os pais das crianças com PEA, estratégias de gestão de conflitos com os pais, estratégias de gestão de conflitos com as crianças e estratégias de autocuidado. A construção destas categorias foi orientada pelo objetivo principal de compreender os conflitos vividos por psicólogos clínicos no acompanhamento de crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo e com os pais, identificando, também desta forma, as repercussões no bem-estar psicológico e físico dos mesmos. Este processo teve igualmente em consideração as referências relevantes identificadas nos discursos dos participantes, que se revelaram pertinentes para o objetivo do estudo.

A discussão dos resultados obtidos terá como base, ainda, a revisão da literatura previamente realizada, avaliando se as constatações deste estudo estão alinhadas com os dados existentes na literatura científica. Para além da comparação com estudos anteriores, será conduzida uma análise detalhada, incluindo citações extraídas dos discursos dos participantes, com o objetivo de ilustrar a ligação entre os testemunhos recolhidos e as categorias estabelecidas.

A organização integral das categorias codificadas com base no seu conteúdo está sintetizada no sistema hierárquico de categorias apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Sistema Hierárquico de Categorias

Categorias	Fontes	Referências
Perceções sobre as dificuldades mais sentidas no acompanhamento de crianças com PEA		
Dificuldades na gestão emocional e comportamental	7	28
Desgaste mental e físico	7	22
Falta de envolvimento de todos os contextos na intervenção	6	15
Desafios na interação e na compreensão do universo cognitivo e comunicacional	6	10

Obstáculos de intervenção em casos de comorbilidade com 4 5
outras perturbações

Desafios que os psicólogos enfrentam com os pais das crianças com PEA

Comportamentos que dificultam a eficácia da intervenção	5	22
Resistência na aceitação do diagnóstico	5	10
Expectativas e percepções inadequadas sobre a intervenção	3	5

Estratégias de gestão de conflitos com os pais

Psicoeducação e comunicação empática	6	10
Discussão com a equipa	2	3

Estratégias de gestão de conflitos com as crianças

Técnicas de gestão comportamental	7	10
Adaptação de estratégias de intervenção de acordo com as dificuldades cognitivas	3	6

Estratégias de autocuidado

Atividades de lazer pessoais	5	11
Desporto	5	10
Atividades sociais	5	9
Formação profissional	4	5
Cuidados de beleza	3	3
Psicoterapia	2	5

6.1. Perceções sobre as dificuldades mais sentidas no acompanhamento de crianças com PEA

As questões abordadas na presente categoria visaram compreender, a partir das percepções das psicólogas entrevistadas, as principais dificuldades enfrentadas no acompanhamento de crianças com PEA, o que permitiu evidenciar a complexidade inerente ao trabalho desenvolvido com estas crianças.

Este tema revelou-se como o mais relevante da investigação, destacando-se pelo elevado número de referências identificadas. As dificuldades foram organizadas em cinco subcategorias, totalizando 80 referências: 28 relacionadas com a gestão comportamental e emocional da criança, 22 referentes ao desgaste mental e físico das profissionais; 15 associadas à falta de envolvimento de todos os contextos na intervenção, 10 acerca dos desafios na interação e na compreensão do universo cognitivo e comunicacional da criança e 5 relativas aos obstáculos de intervenção em casos de comorbilidade com outras perturbações.

Relativamente à gestão comportamental e emocional da criança, esta é a que apresenta um maior número de referências por 7 fontes, sendo referidos alguns aspetos provenientes de características naturais desta perturbação que representam desafios significativos às psicólogas, nomeadamente a agressividade em que foram relatados episódios frequentes dirigidos às próprias profissionais ou às crianças, associados à dificuldade em lidar com a frustração e em comunicar necessidades ou emoções, como por exemplo “(...) e associado à frustração, por vezes podemos ter aqui comportamentos mais agressivos, tanto para conosco como com eles mesmos” (fonte 7) e “(...) casos em que há alguma agressividade, em que a forma deles se exprimirem é um pouco mais agressiva, aí por vezes é complicado” (fonte 1). A rigidez de pensamento, também mencionada reflete verdadeiros desafios para mudanças ou introdução de novas estratégias dificultando a colaboração e o alcance dos objetivos terapêuticos, como referido pela fonte 4 “(...) aí pode ser um conflito, como nós dizemos muitas vezes, não podes atirar, vamos arrumar, e depois elas acabam de arrumar e atiram outra vez” e pela fonte 3 “(...) tinha uma menina que às vezes era capaz de sentar num corredor e depois não queria ir para a sala de aula ou alguma coisa do género”.

Deste modo, verifica-se uma concordância com a literatura, nomeadamente com os resultados apresentados por Cooper et al. (2018), que identificam a agressividade e a rigidez de pensamento como dificuldades no acompanhamento de casos de PEA.

No entanto, foram relatadas outras dificuldades que não constam nos estudos analisados, como a imprevisibilidade, onde as participantes referem que pode ser um fator que interfere na execução de intervenções terapêuticas previamente planeadas, exigindo adaptações no momento da consulta. Exemplos disso incluem os testemunhos “(...) e às vezes a imprevisibilidade da reação às propostas de trabalho, não achas que aquilo vai

resultar e depois às vezes não estão com disposição, nem entendem o que era para fazer” (fonte 3) e “(...) uma dificuldade é a imprevisibilidade, pois o que está estruturado e planeado muitas vezes tem de deixar de ser seguido” (fonte 5). Associada à imprevisibilidade, estão também as alterações de humor, como destacado pela fonte 4 “(...) se eles estiverem desregulados, claro que isso vai afetar a sessão e acaba por nos afetar a nós também” e pela fonte 5 “(...) alterações de humor que são muito constantes, principalmente nos que não estão medicados”. Estas citações ilustram que as oscilações emocionais das crianças impactam tanto a eficácia das sessões terapêuticas como o bem-estar dos profissionais. Além disso, a maior frequência dessas alterações em crianças não medicadas, leva a compreender a necessidade de uma intervenção interdisciplinar, incluindo suporte médico, para melhorar a estabilidade emocional e os resultados terapêutico

No que diz respeito ao desgaste mental e físico, este foi mencionado por 7 fontes. Em consonância com Shahid et al. (2024), que descrevem este tipo de intervenção como altamente desafiante e exigente, verifica-se a confirmação do impacto significativo no cansaço mental e físico dos profissionais. O desgaste físico foi amplamente relatado pelas participantes como resultado das exigências motoras do trabalho, especialmente em casos mais graves, onde a contenção física e o uso constante da voz são comuns “(...) casos com um índice de agressividade maior, por vezes, há o cansaço físico (...) mesmo até ao nível do uso da voz em que temos de falar repetidamente e estar ali sempre a tentar comunicar” (fonte 1) e “(...) em meninos mais problemáticos preciso de fazer contenção muitas vezes e tenho que pegar neles e é cansativo.” (fonte 6). Este esforço físico intenso frequentemente resulta em dores físicas, especialmente em sessões mais longas “(...) são sessões de duas horas em que há uma brincadeira constante e as minhas costinhas já não são as mesmas” (fonte 8). Indo de encontro às perspetivas de Shahid et al. (2024) e Ramos e Salomão (2014), as participantes descreveram emoções negativas resultantes do cansaço, como frustração devido às evoluções lentas e exaustão emocional que parecem resultar numa fraca socialização “(...) há dias que só queres vir é para a cama porque é mesmo pesado emocionalmente” (fonte 7), “(...) os progressos são geralmente lentos, por isso às vezes causa alguma frustração (fonte 3) e “(...) há dias que estou mesmo muito cansada e chego à noite já não me apetece conversar com ninguém” (fonte 4).

A falta de envolvimento de todos os contextos que integram a vida da criança com autismo, como a escola e a família, constitui outra dificuldade relatada por 6 fontes. A

falta de articulação entre estes contextos pode limitar significativamente o alcance dos objetivos de intervenção, impactando diretamente na evolução da criança. Embora, não esteja referido na literatura, a importância da colaboração escolar, várias participantes desta investigação ressaltaram os desafios resultantes devido à falta de compreensão, receptividade na implementação de estratégias e formação adequada dos profissionais que lidam diretamente com estas crianças. Esta realidade é demonstrada nos testemunhos: “a maior dificuldade é a compreensão por partes das escolas, a ausência de literacia dos profissionais que trabalham diariamente com as crianças no contexto de escolar e a falta de profissionais qualificados para estar com as crianças nas escolas públicas” (fonte 2) e “(...) nem sempre as escolas implementam as estratégias que nós passamos e às vezes não conseguimos os resultados que queríamos e isso depois interfere na evolução da criança” (fonte 6). No que concerne ao envolvimento familiar, este é igualmente crucial para o progresso da criança. No entanto, frequentemente os pais enfrentam dificuldades em implementar as estratégias sugeridas pelas profissionais, podendo dever-se à percepção de que a intervenção realizada é suficiente, à falta de disponibilidade para colaborar ou mesmo ao desgaste emocional e físico associado ao cuidado diário da criança. Esta ausência de continuidade na aplicação das estratégias no contexto familiar compromete significativamente o desenvolvimento da criança. A literatura destaca que a participação ativa da família é fundamental no acompanhamento da criança com autismo, como descrito por Ramos e Salomão (2014) e é possível perceber através de alguns discursos “(...) a criança às vezes até tem muito potencial, mas depois a parte do contexto familiar às vezes é um bocadinho difícil ou porque é a mãe que tem dificuldade em implementar as estratégias ou simplesmente pensam que por eles estarem na intervenção, não precisam de fazer trabalho de casa” (fonte 6) e “(...) isto é um pedido muito difícil para os pais, investirem ainda mais emocionalmente do que aquilo que já investem, não há aquela paciência de chegar a casa depois de um dia de trabalho e ainda implementar as estratégias” (fonte 7).

Desafios na interação e na compreensão do universo cognitivo e comunicacional foram reconhecidos por 6 fontes, onde afirmaram que este trabalho é exigente pela dificuldade de entrar no mundo da criança, sendo que a comunicação, foi apontada como um dos maiores entraves, o que consta também em Coopere et al. (2018). Esta obriga muitas vezes aos psicólogos recorrer a materiais e suportes complementares para facilitar a transmissão de mensagens e alcançar os objetivos da intervenção “(...) portanto, acho que

a comunicação com estes miúdos torna-se facilitada se nós conseguirmos entrar no mundo deles, usando estratégias diferentes” (fonte 1) e “(...) tinha sempre que preparar material complementar, pois não chegava a parte de conversar, tinha sempre algum suporte visual para ajudar a atingir os objetivos das consultas” (fonte 3).

Por último, os obstáculos de intervenção em casos de comorbilidade com outras perturbações, foi outra dificuldade constatada por 4 fontes que demonstram que a intervenção pode tornar-se mais desafiadora quando existem comorbilidades associadas a casos de PEA, o que pode levar a uma maior dificuldade relacionada ao foco nas tarefas, por exemplo, e requer assim, adaptações específicas e uma abordagem multidisciplinar, como por referido “(...) já tive crianças e jovens com autismo de nível 2 ou 3, com défices cognitivos associados e foi mais complicado, tive de me apoiar também nas terapeutas que trabalhavam lá na escola já há mais tempo” (fonte 3) e “(...) podemos ter o diagnóstico de autismo, mas também ter outro tipo de diagnóstico, desde PHDA, como até comprometimento das funções cognitivas e a dificuldade pode-se prender mais com este tipo de crianças” (fonte 2). É importante salientar que a relevância dessas comorbilidades como obstáculo à intervenção não foi amplamente abordada na literatura consultada, mas emergiu de forma significativa nas entrevistas realizadas.

6.2. Desafios que os psicólogos enfrentam com os pais das crianças com PEA

O trabalho com crianças com PEA exige, inevitavelmente, a colaboração ativa dos seus pais, tornando esta categoria crucial para compreender os desafios enfrentados pelas psicólogas durante o acompanhamento. O envolvimento parental é essencial para assegurar a continuidade e a eficácia das intervenções terapêuticas. No entanto, as psicólogas frequentemente encontram dificuldades significativas na relação com os cuidadores, dificuldades essas que podem influenciar negativamente o progresso das intervenções. Assim, esta categoria assume particular importância ao explorar de que forma os conflitos ou resistências parentais podem interferir na intervenção com a criança.

De acordo com Ramos e Salomão (2014), a família é o contexto que passa mais tempo com a criança, possuindo, por isso, um conhecimento aprofundado sobre a mesma. Esta proximidade permite uma troca de informações essenciais e assegura a continuidade do trabalho terapêutico em diferentes contextos.

Os dados obtidos ao longo das entrevistas corroboram a importância do envolvimento parental, conforme anteriormente referido na literatura. Adicionalmente, evidenciam que as resistências parentais podem surgir em diferentes etapas do processo terapêutico, desde a aceitação inicial do diagnóstico até à aplicação prática das estratégias no quotidiano.

Neste contexto, as questões analisadas permitiram a codificação de 3 subcategorias, totalizando 37 referências. 22 relacionadas com comportamentos que dificultam a eficácia do tratamento, 10 associadas à resistência na aceitação do diagnóstico e 5 referentes a expectativas e percepções inadequadas sobre a intervenção.

A primeira subcategoria codificada envolve os comportamentos que dificultam a eficácia da intervenção, tendo sido abordados por 5 fontes. Um dos principais obstáculos identificados é a falta de continuidade do trabalho em casa por parte da família. Este fator, amplamente referido, demonstra mais uma vez que os psicólogos, sozinhos, não conseguem alcançar os objetivos esperados sem a colaboração ativa dos cuidadores. Essa realidade é evidenciada por testemunhos como “se eles não colaborarem, eu não vou conseguir fazer milagres e digo mesmo aos pais, não vou conseguir porque eu estou uma vez por semana com a criança” (fonte 6). Adicionalmente, os participantes apontaram um conflito não abordado na literatura, mas relevante em relação aos pais quererem respostas e soluções imediatas, tanto no diagnóstico como nos resultados terapêuticos “(...) querem soluções práticas para o imediato e nós não temos (...) nem respostas, pois temos espectros diferentes e às vezes as pessoas querem controlar e dar um nome logo a partir dos 3 ou 4 anos, quando nós, às vezes, não temos logo um grau e um nome dado.” (fonte 2). Esta necessidade de rapidez pode estar relacionada ao desejo compreensível dos pais obter clareza sobre a situação dos filhos, como referido pela fonte 3 “(...) porque às vezes ter um diagnóstico pode ajudar a compreender o filho”. Contudo, ela entra em conflito com a complexidade do processo diagnóstico, que frequentemente exige observações prolongadas, avaliações multidisciplinares e revisões contínuas à medida que a criança cresce. O mesmo acontece quando alguns pais esperam soluções práticas que possam ser implementadas rapidamente e que tragam resultados imediatos. Essas expectativas podem gerar frustração mútua, tanto para os pais quanto para as profissionais, especialmente quando os avanços ocorrem de forma incremental, como é comum no acompanhamento de crianças com PEA. Outro aspeto relevante identificado é a subproteção parental, em consonância com o referencial teórico de Ramos e Salomão (2014). Alguns pais resistem em promover a autonomia dos filhos, seja por receio de consequências negativas ou por

falta de confiança nas suas capacidades. Embora esta postura seja frequentemente motivada por boas intenções, pode limitar o desenvolvimento de competências essenciais para a independência, como, por exemplo, aprender a utilizar transportes públicos. Um dos testemunhos exemplifica esta dinâmica: “Alguns pais têm assim alguma subproteção e tendem a proteger demais e têm dificuldade em também confiar nos filhos para se tornarem mais independentes” (fonte 3). Além disso, as entrevistas revelaram um fenómeno curioso e não abordado na literatura: o ciúme por parte de alguns pais em relação ao vínculo estabelecido entre as profissionais e as crianças. Alguns relatos descrevem situações em que os pais se sentem incomodados pela maior abertura e conforto demonstrados pelas crianças nas interações com as psicólogas, em comparação ao que ocorre em casa. Essa percepção pode prejudicar o processo terapêutico, uma vez que alguns adotam estratégias para se vingar como faltar às consultas, como evidenciado no seguinte testemunho “começam a ficar ciumentos (...) porque eles não falam muito ou em casa não têm tanta abertura para contar certas coisas (...) alguns pais usam aquela estratégia de começar a faltar às consultas, e, portanto, estão a retirar o apoio aos miúdos para se vingar da psicóloga” (fonte 1).

A resistência na aceitação do diagnóstico, deu origem a outra subcategoria codificada com 5 fontes, confirmando o que está descrito em Ramos e Salomão (2014) que um dos desafios que os psicólogos enfrentam com os pais é aceitação da perturbação, pois há pais que entram em negação, atribuindo outras explicações para as características da criança ou procurando múltiplas avaliações. Tal resistência é exemplificada em declarações como: “às vezes cria conflito quando os pais não aceitam o diagnóstico, há muito essa resistência” (fonte 5), “tenho casos que já vêm diagnosticados, mas querem ser novamente avaliados” (fonte 6) e “uma mãe, no outro dia, disse que achava que o filho não tinha autismo e começou a propor certas coisas e claramente que nós, com experiência, percebemos que, claramente, os traços estão lá” (fonte 8). No entanto, confirmando outra perspectiva com os mesmos autores, às vezes a aceitação deve-se a outro motivo como discordâncias entre os profissionais de saúde, devido à heterogeneidade da perturbação, confirmado pela fonte 1 “quando não há um entendimento entre o psicólogo e o psiquiatra” e pela fonte 8 “eu acho que mesmo os profissionais educativos ou mesmo os psicólogos, não estão habilitados para trabalhar com crianças no espectro, existem vários diagnósticos divergentes”. Tendo isto em conta, a confiança dos pais nos profissionais pode ser abalada quando percebem inconsistências.

A última subcategoria identificada, relacionada às expectativas e percepções inadequadas sobre a intervenção, foi abordada por 3 fontes. Embora a escassez de literatura sobre o tema impeça comparações, os dados recolhidos evidenciam a relevância deste tópico. A negação inicial, mencionada anteriormente, pode levar à formulação de expectativas irrealistas, como a crença de que a intervenção eliminará completamente as características do autismo, promovendo uma suposta “normalização” da criança. Este equívoco desafia as psicólogas, que precisam ajustar essas expectativas, a esclarecer que o objetivo da intervenção não é curar o autismo, mas sim promover o desenvolvimento de competências para melhorar a adaptação e a qualidade de vida da criança. Como observado: “outro conflito, é gerir as expectativas dos pais, porque eles às vezes chegam com muitas expectativas de que o filho vai mudar completamente e vão deixar de ter um filho com autismo, e a verdade é que às vezes temos de lhes explicar que o autismo vai sempre existir” (fonte 7). Outro desafio refere-se à tentativa dos pais de alterar o foco do programa terapêutico à medida que surgem novas necessidades ou expectativas, o que pode comprometer a eficácia das estratégias de intervenção. O mesmo acontece com a confusão acerca dos papéis profissionais que contribui para essas dificuldades, como destacado: por exemplo “às vezes eles querem trabalhar a comunicação e para mim é um desafio, não é a mesma coisa que uma terapeuta da fala (...) outra vezes surge uma necessidade que eles querem mudar o programa” (fonte 4).

6.3. Estratégias de gestão de conflitos com os pais

Após a identificação das principais dificuldades enfrentadas pelas psicólogas no trabalho com os pais de crianças com PEA, tornou-se essencial compreender as estratégias de gestão de conflitos mais utilizadas. Adotar estratégias eficazes é crucial para promover a compreensão mútua, o alinhamento de objetivos e a criação de um ambiente que favoreça o desenvolvimento da criança.

Neste sentido, a análise temática permitiu a codificação de duas subcategorias relacionadas às estratégias de gestão de conflitos, totalizando 13 referências: 10 associadas à psicoeducação e comunicação empática e 3 à discussão em equipa.

Com base nos modelos de gestão de conflitos de Thomas (1992) e Rahim e Bonoma (1979), estas estratégias refletem abordagens orientadas pelo interesse mútuo, com o objetivo de alcançar os propósitos de ambas as partes. Estas práticas demonstram um

esforço para equilibrar as necessidades dos pais e das profissionais, promovendo uma maior colaboração.

A subcategoria da psicoeducação e comunicação empática referenciada por 6 fontes, é a mais mencionada dentro deste tema e sublinha a necessidade de uma abordagem humana, na qual as psicólogas reconhecem e validam as dificuldades emocionais enfrentadas pelos pais, sendo que com uma escuta ativa e sem julgamentos, demonstra-se essencial para reduzir resistências e promover um ambiente mais colaborativo “(...) consigo através da minha empatia e dessas ferramentas ao nível da comunicação, chegar aos pais (...) portanto, é o lado humano, é conversar, é eles sentirem acima de tudo que tem alguém que os oiça sem julgamentos” (fonte 1). Além de valorizar as perspetivas dos pais, as psicólogas destacaram a necessidade de equilibrar esta valorização com o foco nos objetivos fundamentais da intervenção e nas necessidades reais da criança. Neste sentido, a psicoeducação desempenha um papel central, capacitando os pais a compreenderem melhor as características da perturbação e as estratégias mais adequadas para o progresso da criança, como exemplificado no seguinte testemunho: “sessões de psicoeducação, pois a intervenção individual com crianças com PEA, só funciona se nós fizermos uma intervenção sistémica, é um trabalho muito focado na família, no eu real, no eu ideal, na parte familiar, é um trabalho de desconstruir a família, muito numa relação empática, de proximidade” (fonte 2) e “tu tentas falar com os pais, no sentido de ir ao encontro daquilo que eles pretendem, mas também não metendo de lado aquilo que é realmente importante, dando a entender o que é necessário” (fonte 4). Estes discursos apontam para a necessidade de não olhar apenas para a parte científica das questões, mas ter a empatia de perceber que uma perturbação como o autismo é realmente algo duro de os pais lidar e que devido às características da mesma, estes podem atingir níveis de exaustão e interferir seriamente na saúde mental, sendo preciso este olhar empático e este suporte emocional.

A discussão em equipa é a outra subcategoria codificada que foi referida por 2 fontes, evidenciando a importância da colaboração interdisciplinar no contexto das estratégias de intervenção. Esta troca de ideias é percebida como um recurso relevante, tanto para alinhar abordagens terapêuticas, numa troca de ideias em que há possibilidade de esclarecer dúvidas como para fortalecer a relação com as famílias, como cita a fonte 8 “(...) sinto a necessidade, muitas vezes, de fazer perguntas, daí também temos reuniões semanais, e daí a equipa multidisciplinar também ser tão importante” e a fonte 7 “(...) às vezes nós não sabemos o que fazer e temos que pedir ajuda e a equipa que temos connosco

na clínica é também para nos servirmos também todas um bocadinho de apoio umas das outras.”. Esta abordagem multidisciplinar permite explorar diferentes perspetivas e encontrar soluções mais abrangentes para cada criança, sendo que a diversidade de opiniões facilita o ajuste das intervenções de acordo com as necessidades específicas, promovendo um atendimento mais eficaz.

Estas estratégias vão de encontro à linha de pensamento de Deutsch (1994), que identificou competências essenciais para uma gestão construtiva de conflitos. Entre elas, destacam-se a importância de compreender o tipo de conflito em questão, de respeitar os interesses de ambas as partes envolvidas e de proporcionar uma comunicação aberta, pautada pela escuta ativa e pela clareza na expressão.

6.4. Estratégias de gestão de conflitos com as crianças

Tal como na identificação de estratégias de gestão de conflitos com os pais, também foi necessário explorar as estratégias utilizadas pelas psicólogas no acompanhamento das crianças. Conforme discutido anteriormente, este tipo de intervenção envolve enfrentar diversos desafios, especialmente no que toca às características comportamentais e emocionais associadas à perturbação, o que pode dificultar a entrada no mundo da criança e o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Durante a análise temática, foram identificadas estratégias mencionadas pelas psicólogas nas entrevistas, levando à codificação de duas categorias principais, totalizando 16 referências: 10 para as técnicas de gestão comportamental e 6 para adaptação de estratégias de intervenção de acordo com as dificuldades cognitivas, onde novamente são encontradas estratégias baseadas nos modelos de gestão de conflitos de Thomas (1992) e Rahim e Bonoma.

No que diz respeito às técnicas de gestão comportamental, estas foram mencionadas por 7 fontes e mostraram-se particularmente relevantes devido aos seus resultados positivos. Uma estratégia amplamente utilizada é a negociação baseada nos interesses da criança, que não apenas regula o comportamento, mas também promove a construção de uma aliança terapêutica essencial para o desenvolvimento emocional e social. Como relatado pela fonte 5: “(...) é importante seguir os interesses da criança de forma a estabelecer uma relação de confiança” e pela fonte 1 “tentar combinar através da negociação um

ponto de equilíbrio para eles também fazerem o que nós queremos e nós também temos que ceder em algumas coisas (...) aplicar aquilo que nós sabemos através dos interesses deles para entrar no mundo deles”. que consiste em adicionar um estímulo agradável ou remover um estímulo desagradável após um comportamento desejável, aumentando assim a probabilidade de o comportamento se repetir. Além disso, recorre-se à aplicação de consequências negativas, como restringir algo que a criança goste após um comportamento inadequado, para reforçar a ideia de que os comportamentos têm consequências. Segundo a fonte 6: “usámos muito o reforço positivo e negativo ou uma consequência negativa face aos comportamentos”. Também se destacou a firmeza no diálogo e na postura como forma de explicar à criança que determinado comportamento é inadequado. Contudo, reconhece-se a necessidade de reduzir as exigências quando a criança demonstra grande dificuldade, oferecendo o apoio necessário: “tento dizer não e meter uma cara firme, não é agressiva, mas termos aquela firmeza de explicar que aquilo é errado (...) tento não ceder à primeira, mas quando vejo que está a custar muito, então reduzo as exigências” (fonte 4). Esta abordagem reconhece que, embora seja importante estabelecer limites e metas claras, é igualmente essencial adaptar as demandas de acordo com as capacidades e o estado emocional da criança em cada momento.

A adaptação de estratégias de intervenção às dificuldades cognitivas emergiu como outra subcategoria deste tema, sendo mencionada por 3 fontes. As participantes realçaram a importância de ajustar as intervenções às capacidades cognitivas e comunicativas de cada criança, utilizando recursos adaptados. Exemplos incluem o uso de desenhos, imagens e histórias, que ajudam a criança a processar melhor a informação e a lidar com questões como emoções ou comportamentos. Contudo, as participantes destacaram a complexidade desta tarefa, uma vez que é necessário identificar as estratégias mais eficazes para cada caso, dado que as dificuldades variam amplamente entre as crianças. Como relatado pela fonte 6: “(...) eu uso tudo muito visual, como imagens, fazer desenhos, coisas que eles percebiam (...) depois uso muito, por exemplo, histórias que funciona muito bem com eles para conseguirem perceber um bocadinho melhor, por exemplo, as emoções ou comportamentos.”

Neste contexto, identificam-se também competências de gestão de conflitos reconhecidas por Deutsch (1994), tais como compreender o tipo de conflito em questão, respeitar os interesses de ambas as partes e reconhecer os interesses em comum.

6.5. Estratégias de Autocuidado

A última categoria, intitulada "estratégias de autocuidado", aborda as práticas que as entrevistadas referiram adotar para cuidar de si mesmas. Este tema foi explorado através de questões que procuraram, inicialmente, compreender se as participantes recorriam a estratégias de autocuidado e, em caso afirmativo, identificar quais eram essas estratégias. Este processo resultou na codificação de diversas subcategorias associadas a este tema.

Ao longo de todas as entrevistas, foi evidente a relevância atribuída ao autocuidado pelas participantes. Todas expressaram uma compreensão clara da sua importância, reconhecendo que, sem um cuidado adequado com o seu próprio bem-estar, não seria possível cuidar eficazmente dos outros. Apesar das limitações de tempo e disponibilidade frequentemente mencionadas, as entrevistadas relataram que procuravam, sempre que possível, dedicar momentos específicos ao autocuidado, reconhecendo-o como uma prioridade indispensável, ainda que por vezes desafiante de integrar na rotina diária. Exemplos disso, encontramos nos seguintes testemunhos: "(...) sem isto não me conseguia libertar destes desgastes e já tinha tido uns *burnouts* (...) isto é tão importante como trabalhar porque se eu não estiver bem, não consigo dar consultas" (fonte 1) e "(...) é complicado com o trabalho pela gestão de horários, mas tento sempre tirar um bocadinho porque senão depois a qualidade do trabalho quando estou cansada não é mesma e a eficácia que nós também queremos trazer acaba por não ser igual". (fonte 8).

Deste modo, é possível constatar que o discurso das participantes converge com os estudos de Jiang et al. (2021), que salientam que a ausência de estratégias eficazes de autocuidado pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de esgotamento físico e mental, comprometendo não só o desempenho profissional, mas também a qualidade dos serviços prestados, reforçando a importância de práticas regulares de autocuidado.

Este domínio das estratégias de autocuidado totalizou 43 referências, distribuídas entre as seguintes subcategorias: 11 referências relacionadas com atividades de lazer pessoais, 10 referentes à prática de desporto, 9 associadas a atividades de cuidado e beleza, 5 à psicoterapia e 5 à formação profissional.

A primeira subcategoria codificada, "atividades de lazer pessoais", revelou-se a mais referenciada, reunindo 11 referências provenientes de 5 fontes, o que demonstra a sua grande relevância para as participantes. Entre as atividades mencionadas, destacaram-se a leitura, ver séries, ouvir música e simplesmente não fazer nada, aproveitando o tempo sem pressões ou compromissos, sendo todas consideradas formas eficazes de relaxamento, conforme ilustram as seguintes declarações: “(...) tiro um tempo também para ler e quando digo ler não é sobre autismo, é ler coisas diferentes” (fonte 7) e “ter uma decisão para não fazer nada, para parar um bocadinho também é importante” (fonte 3). Para além disso, surgiram também práticas criativas, como escrever e desenhar, como alternativas significativas de autocuidado, refletindo a variedade de estratégias adotadas. Este ponto é exemplificado pelo testemunho: “(...) é que eu sou escritora e desenho e também uso muita arte de uma forma terapêutica, por isso também é autocuidado.” (fonte 1). Estes discursos estão alinhados com as conclusões de Duncan e Rechael (2021), que destacam a importância de atividades de lazer ajustadas às preferências individuais, sublinhando o seu contributo para momentos de descontração e prazer.

O desporto foi também das estratégias mais utilizadas, sendo referenciada por 5 fontes, onde estas percecionam como uma forma de desligar no trabalho e recuperar energias. Esta visão está em consonância com a perspetiva de Duncan e Rachael (2024), que defendem que a atividade física desempenha um papel fundamental no alívio do stresse. Foram mencionadas várias modalidades do desporto como por exemplo, ir ao ginásio, fazer corrida e aulas de *crossfit* como formas de aliviar tensões “vou fazer um ginásio durante a semana e eu corro ao fim de semana (...) tiro mesmo esse tempo para me desligar do trabalho” (fonte 7) e “gosto de praticar desporto e é algo que eu preciso mesmo como ir ao ginásio” (fonte 5). É notável a perceção do desporto não apenas como um hobby, mas como um recurso essencial para o equilíbrio emocional, especialmente em casos em que é sentida uma pressão de conciliar o papel de psicólogo com outras responsabilidades, como a parentalidade, como refere a fonte 1, “mas aí a minha tábua de salvação é o desporto e é onde eu me sinto bem para depois chegar a casa e ser mãe”.

As atividades sociais constituíram outra subcategoria com 9 referências, sendo uma das estratégias de autocuidado mais frequentemente mencionadas pelas participantes. Estas atividades foram destacadas como uma forma essencial de desconectar do ambiente profissional, proporcionando momentos de relaxamento e reforço das relações interpessoais. Os testemunhos recolhidos revelam uma valorização significativa da

convivência com amigos e familiares, bem como da realização de passeios e viagens. Exemplos disso incluem declarações como: “(...) ao fim de semana nós vamos dar um passeio em família, também para sair um bocadinho das rotinas” (fonte 6) e “(...) procuro também conversar com os amigos e ter assim momentos para sair” (fonte 8). A priorização de convívios com amigos e família vai além de simples momentos de lazer, evidenciando a importância de criar e preservar uma rede de apoio sólida. Esta rede desempenha um papel essencial no equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, funcionando como um alicerce emocional que auxilia as participantes a enfrentar os desafios do seu trabalho. Como referido por Duncan e Rachael (2024), a manutenção de conexões interpessoais com amigos e familiares tem o potencial de fortalecer a resiliência, proporcionando uma base de suporte crucial em momentos de maior pressão. Neste sentido, estas interações sociais não se apresentam apenas como um escape temporário, mas como uma estratégia intencional e ativa para promover o bem-estar, consolidar relações significativas e assegurar um apoio emocional contínuo.

A formação profissional constituiu outra subcategoria deste tema, tendo sido referenciada por 4 fontes e destacando-se como uma estratégia relevante. Esta prática é sustentada pela literatura de Duncan e Rachael (2024) e Ziede e Norcross (2020), que enfatizam que a atualização de conhecimentos é uma forma de os profissionais se sentirem mais preparados para enfrentar os desafios do trabalho, contribuindo também para o desenvolvimento de competências essenciais, como uma melhor comunicação e uma maior capacidade de resolução de problemas. Os testemunhos das participantes refletem esta perspectiva, como exemplificado pela fonte 1: “(...) acho importante investir em formação porque ao estudar cada vez mais vamos ter cada vez menos dúvidas e isso é bom para nos sentirmos confiantes.” De forma semelhante, a fonte 2 afirma: “(...) e invisto bastante na formação profissional; são algumas formas de autocuidado.” Deste modo, a formação profissional reflete a percepção de que o autocuidado também se estende à esfera profissional. A aprendizagem contínua é vista como uma fonte de realização e crescimento, contribuindo para um maior equilíbrio e confiança no desempenho das suas funções.

Os cuidados de beleza foram igualmente identificados como uma estratégia de autocuidado, originando a formação desta subcategoria, mencionada por 3 fontes. As entrevistadas referiram apreciar reservar tempo para si mesmas, destacando práticas como ir ao cabeleireiro, ter cuidados com a pele e outras rotinas estéticas. Estas práticas foram

descritas como formas de melhorar a autoestima e reforçar a sensação de bem-estar. Exemplos disso incluem: “Gosto de manter o cuidado com a aparência e ir ao cabeleireiro, fazer as unhas e fazer a depilação” (Fonte 5) e “(...) gosto de ir ao cabeleireiro e gosto de me arranjar, não abdicó dessa parte também” (Fonte 1). Embora este tema não esteja explicitamente abordado no referencial teórico previamente estabelecido, é evidente que a imagem pessoal está intrinsecamente ligada a uma maior confiança. Desta forma, os cuidados de beleza destacam-se como um reflexo do cuidado interno e do equilíbrio emocional.

A psicoterapia foi outra estratégia de autocuidado codificada, que, apesar de ter sido referenciada apenas por 2 fontes, destacou-se pela relevância expressa no discurso das participantes. Esta prática está alinhada com a literatura, onde Ziede e Norcross (2020) sublinham a importância da terapia pessoal no autocuidado dos psicólogos, contribuindo significativamente para o funcionamento emocional e para uma melhor compreensão das suas dinâmicas pessoais. Este processo não só permite um maior autoconhecimento, como também capacita os psicólogos a ter percepções mais claras sobre os seus clientes, reduzindo enviesamentos e minimizando o risco de contratransferência. Essa perspectiva é refletida nas declarações das participantes, como exemplificado pela fonte 2: “faço psicoterapia, o que me ajuda a ter consciência dos processos de transferência e contratransferência de modo a ter um bom funcionamento profissional, pois ajuda-me muito para focar na intervenção.” De forma semelhante, a fonte 1 afirma: “faço psicoterapia (...) muitas vezes, efetivamente, até vamos lá falar dos nossos casos e de coisas que nos estão ali a perturbar, mas é muito importante termos acompanhamento e tento ter esse tempo para cuidar de mim a nível emocional e psicológico.”. Assim, a psicoterapia revela-se como uma estratégia fundamental para lidar com os desafios da profissão e a manutenção de sessões regulares de psicoterapia demonstra um compromisso com o autocuidado a longo prazo, validando a prática como uma ferramenta essencial para o bem-estar mental.

Conclusão

O presente estudo explorou, a partir das perceções das participantes, as principais dificuldades no acompanhamento de crianças com PEA e respetivos pais. Confirmou-se a complexidade inerente a esta prática, em consonância com a literatura, abrangendo desafios significativos no âmbito comportamental e emocional das crianças, os quais frequentemente contribuem para o desgaste físico e mental das profissionais. Adicionalmente, verificou-se uma falta de articulação entre as psicólogas e os diferentes contextos, nomeadamente familiar e escolar, o que parece representar um obstáculo relevante para a eficácia da intervenção. No relacionamento com os pais, destacaram-se resistências à aceitação do diagnóstico, expectativas e perceções inadequadas sobre a intervenção e dificuldades de continuidade do trabalho em casa. Estes resultados corroboram os estudos previamente analisados na revisão da literatura.

Para gerir conflitos com os pais, as psicólogas recorreram maioritariamente à psicoeducação e comunicação empática e a discussões em equipa multidisciplinar. Quanto às crianças, utilizaram técnicas de gestão comportamental e adaptações diferenciadas consoante as capacidades cognitivas. Estas estratégias mostraram-se eficazes e de acordo com a literatura para uma gestão construtiva de conflitos.

Relativamente ao autocuidado, este emergiu como um domínio fundamental, sendo identificado como indispensável para a manutenção da saúde mental e física das psicólogas e, conseqüentemente, para assegurar a qualidade da intervenção. Estas práticas abrangeram o lazer, desporto, redes de apoio, formação profissional, cuidados de beleza e psicoterapia. Estes comportamentos reforçam o reconhecimento, por parte das participantes, da importância do autocuidado e dos seus benefícios, em linha com o referencial teórico.

Todavia, o presente estudo apresenta algumas limitações que merecem ser salientadas. No plano teórico, constatou-se uma escassez de investigações focadas especificamente nos desafios enfrentados pelos psicólogos no acompanhamento de crianças com PEA, particularmente em Portugal, onde não foram identificados estudos sobre este tema. Esta limitação dificultou a realização de comparações substanciais com outras investigações.

No plano empírico, o estudo apresenta algumas limitações relacionadas com o sexo e o número de participantes. A amostra foi constituída exclusivamente por psicólogos do sexo feminino, o que impede a análise de possíveis diferenças de género. Além disso, o

reduzido número de participantes refletiu as dificuldades encontradas na obtenção de profissionais disponíveis para participar na investigação. Neste esforço, procurou-se incluir participantes de diferentes contextos profissionais, o que resultou na integração de uma psicóloga com experiência em contexto escolar, enquanto as restantes atuavam em psicologia clínica.

No entanto, a inclusão desta participante de um contexto distinto revelou-se relevante, ao destacar a necessidade de explorar, em estudos futuros, quais os contextos de intervenção onde as dificuldades identificadas têm maior impacto. Assim, recomenda-se que investigações futuras procurem envolver profissionais de diferentes áreas, permitindo uma análise mais aprofundada e comparativa das especificidades e desafios associados a cada área de atuação.

Investigações futuras podem também focar-se na formação e preparação dos diferentes profissionais que acompanham crianças com PEA. As participantes salientaram que muitas escolas carecem de literacia adequada sobre o autismo, e que os próprios psicólogos, por vezes, também não possuem formação suficiente para lidar com as especificidades desta população. Ainda, foi destacada a falta de colaboração entre contextos, o que limita o impacto das intervenções. Estudos futuros poderão focar-se em estratégias para melhorar a capacitação profissional e fortalecer a articulação interdisciplinar, avaliando o impacto destas medidas nos resultados das crianças e na eficácia das intervenções.

Outra limitação relevante do presente estudo foi o facto de todas as entrevistas terem sido realizadas através da plataforma *Zoom*, sem qualquer interação presencial. Embora este formato tenha permitido maior flexibilidade logística e facilitado a participação das profissionais, apresenta algumas restrições importantes. A modalidade *online* pode dificultar a observação de elementos da comunicação não verbal, como gestos ou expressões faciais subtis, que frequentemente enriquecem a análise qualitativa. Ainda, dificuldades técnicas, como interrupções na conexão ou problemas com o áudio e o vídeo, podem ter interferido na fluidez e profundidade das respostas. Assim, sugere-se que estudos futuros considerem a realização de entrevistas presenciais ou uma abordagem híbrida para mitigar estas limitações.

Espera-se que este estudo tenha contribuído para um maior entendimento das dificuldades enfrentadas e das estratégias utilizadas por psicólogos no trabalho com crianças com PEA,

bem como a importância do autocuidado. Apesar das limitações identificadas, acredita-se que as reflexões e sugestões apresentadas possam estimular novas investigações e fomentar melhorias nas práticas de intervenção, garantindo um acompanhamento mais eficaz e ajustado às necessidades de crianças, famílias e profissionais.

Referências Bibliográficas

- Almondes, K., & Carvalho, M. (2023). Transtornos do sono em crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: Diagnóstico, epidemiologia e manejo. In L. Vale, F. Capovilla (Eds.), *Perspectivas em Transtornos do Desenvolvimento Cognitivo-Comportamental, Linguístico e Social* (pp. 197-212), Memnon.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Antunes, N., Leitão, I., Almeida, C., & Jesus, G. (2024). Perturbações do Espectro do Autismo. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos* (pp.115-218). Lua de Papel.
- Cooper, K., Loades, M., & Russell, A. (2018). Adapting Psychological Therapies for Autism - Therapist Experience, Skills and Confidence. *Research in autism spectrum disorders*, 45, 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.11.002>
- Corden, K., Cervejeira, R., & Eilidh, G. (2022). A Systematic Review of Healthcare Professionals' Knowledge, Self-Efficacy and Attitudes Towards Working with Autistic People. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 386-399. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00263-w>
- Cunha, P. (2001). Sobre o escalamento de conflitos. *Revista da UFP*, 6, 205-213.
- Cunha, P., & Leitão, S. (2021). *Manual de Gestão Construtiva de Conflitos* (4ª ed.). Publicações Fundação Fernando Pessoa.
- Deutsch, M. (1994). Constructive conflict resolution: Principles, training, and research. *Journal of social issues*, 50(1), 13-32. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1994.tb02395.x>
- Duncan, S., & Pond, R. (2024). Estratégias eficazes de prevenção de burnout para conselheiros e outros terapeutas: uma revisão sistemática e meta-síntese de estudos qualitativos. *Aconselhamento Psicológico Trimestral*, 1–30. <https://doi.org/10.1080/09515070.2024.2394767>
- Evangelho, V., Costa, F., Castro, H., Bello, M., & Amorim, M. (2021). Autismo no Brasil: uma revisão sobre estudos em neurogenética. *Revista Neurociências*, 29, 1-20. <https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.12440>
- Fernandes, C., Tomazelli, J., & Girianelli, V. (2020). Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, 31, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e200027>
- Freitas, A., D'Avis, B., & Batista, B. (2022). Transtorno do espectro autista: caminhos para o diagnóstico. *Caderno Discente*, 7(1), 12-18. <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/Discente/article/view/850>

- Fundação Ivete Vargas. (2015, Novembro 14). 1. Conflito: conceito, abordagens e tipos [Vídeo]. YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=KPNuYHS_cTE&list=PLEN09sOf6M1NBp-wAWpeOHOm4cwTr2vcP&index=3
- Gaiato, M., & Teixeira, G. (2018). *O reizinho autista: guia para lidar com comportamentos difíceis* (3.ªed). Nversos.
- Jiang, X., Topps, A., & Suzuki, R. (2021). A systematic review of self-care measures for professionals and trainees. *Training and Education in Professional Psychology, 15*(2), 126–139. <https://doi.org/10.1037/tep0000318>
- Lawall, A., & Ribeiro, A. (2022). Do Sintoma ao Diagnóstico: Evolução das Caracterizações Nosográficas do Autismo do Século XX ao XXI. *Cadernos de Psicologia, 4*(7), 260-282
- Lombardi, M., Paula, M., Monteiro, M., & Wada, M. (2021). A entrevista semiestruturada. In M. Lombardi, M. Ávila & M. Paula (Eds.), *O prazer da entrevista em pesquisas qualitativas* (pp. 35-54), CRV. https://www.researchgate.net/profile/Magali-Monteiro-4/publication/372339047_A_ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA/links/64b084518de7ed28ba961656/A-ENTREVISTA-SEMIESTRUTURADA.pdf#page=35
- Lord, C., Rutter, M. & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder, 24*(5), 659–685. <https://doi.org/10.1007/BF02172145>
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of autism and developmental disorders, 19*(2), 185-212. <https://doi.org/10.1007/BF02211841>
- Lordan, R., Storni, C., & Benedictis, C. (2021). Autism Spectrum Disorders: Diagnosis and Treatment. In A. Grubruker (Ed.), *Autism Spectrum Disorders* (pp. 17-32), Exon Publications.
<https://doi.org/10.36255/exonpublications.autismspectrumdisorders.2021.diagnosis>
- Louzada, J. (2024). Autismo Através dos Séculos: Uma Análise Histórica do Desenvolvimento deste Transtorno e seu Impacto na Sociedade. *Revista Tópicos, 2*(11), 1-17.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.12659321>
- Martínez, N., Connelly, C., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. International. *Journal of Nursing Sciences, 8*(4), 418-425.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
- Moreira, K., Rodrigues, A., Mari, L., Enjo, S., & Marino, A. (2020). A Mediação como Ferramenta de Gestão de Conflitos Interpessoais no Contexto Universitário. *Revista Científica Hermes, 26*, 121-136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477662440008>
- Nascimento, E., & Sayed, K. (2002). *Administração de conflitos*. Editora Gazeta do Povo/FAE.

- Oliveira, C., Oliveira, D., Barbosa, H., Corsso, C., Wilhelms, D., Filho, N., Marinho, L., Almeida, M., Chaves, F., Sousa, L., Andrade, L., Nascimento, M., & Ribeiro, L. (2024). Transtorno do espectro autista: uma revisão psiquiátrica sobre epidemiologia, etiopatogenia e intervenção. *Revista Contemporânea*, 4(9), 1-27. <https://doi.org/10.56083/RCV4N9-016>
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T., Coutinho, A., Mota-Vieira, L., Gonaçalves, E., Lopes, N., Rodrigues, V., Mota, H., & Vicente, A. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(10), 726-733. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00726.x>
- Paula, F., Silvério, G., Jorge, R., Felício, P., Melo, L., Braga, T., & Carvalho, K. (2020). Transtorno do Espectro do Autismo: impacto no comportamento alimentar. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 5009-5023. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-083>
- Piccolo, G. (2024). Do pensamento autístico de Eugen Bleuler ao DSM-V: a construção epistemológica do autismo e a explosão de sua manifestação. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.8383>
- Pimentel, F., Homem, C., Musse, J., & Amarante, J. (2019). Fatores Gestacionais que Podem Influenciar no Transtorno do Espectro Autista. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE*, 5(3), 203-214. <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6722/3628>
- Posluns, K., & Gall, T. (2020). Dear Mental Health Practitioners, Take Care of Yourselves: a Literature Review on Self-Care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- Putnam, L. L., & Wilson, C. E. (1982). Communicative strategies in organizational conflicts: Reliability and validity of a measurement scale. *Annals of the International Communication Association*, 6(1), 629-652. <https://doi.org/10.1080/23808985.1982.11678515>
- Rahim M. A. (2002). Toward a Theory of Managing Organizational Conflict. *The International Journal of Conflict Management*, 13(3), 206-235. <https://doi.org/10.2139/ssrn.437684>
- Rahim, A., & Bonoma, T. V. (1979). Managing organizational conflict: A model for diagnosis and intervention. *Psychological Reports*, 44(3), 1323-1344. <https://doi.org/10.2466/pr0.1979.44.3c.1323>
- Ramos, C., & Salomão, N. (2014). Autismo e Síndrome de Down: Concepções de Profissionais de Diferentes Áreas. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 103-114. <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590010>
- Robins, D., Fein, D., Barton, M., & Green, J. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144. <https://doi.org/10.1023/A:1010738829569>

- Rubin, J. Z., Pruitt, D. G., & Kim, S. H. (1994). *Social conflict: Escalation, stalemate, and settlement* (2 ed.). McGraw-Hill Book Company. <https://psycnet.apa.org/record/1993-98838-000>
- Sanches, T., & Taveira, L. (2020). Autismo: Uma Revisão Bibliográfica. *Cadernos Intersaberes*, 9(18). <https://cadernosuninter.com/index.php/intersaberes/article/view/1356>
- Saraiva, I., Freire, R., Frazão, M., Muniz, J., & Souza, L. (2024). Transtorno do Espectro Autista (TEA): Etiologia, Diagnóstico e Intervenções Terapêuticas: Uma Revisão Bibliográfica da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(8), 2281-2291. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15262>
- Sauer, A., Stanton, J., Hans, S., & Grabrucker, A. (2021). Autism Spectrum Disorders: Etiology and Pathology. In A. Grabrucker (Ed.), *Autism Spectrum Disorders* (pp. 1-15), Exon Publications. <https://doi.org/10.36255/exonpublications.autismspectrumdisorders.2021.etiology>
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner B. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Shahid, S., Javed, F., Iqbal, M., & Rafiq, M. (2021). Explorando experiências psicossociais de terapeutas comportamentais que lidam com crianças com transtorno do espectro do autismo. *Psicologia Clínica Infantil e Psiquiatria*, 29(1), 274-286. <https://doi.org/10.1177/13591045231209363>
- Shen, M., & Piven, J. (2022). Brain and behavior development in autism from birth through infancy. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(4), 325-333. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.4/mshen>
- Silva, E., Viana, G., & Ramos, M. (2024). Fatores etiológicos associados ao Transtorno do Espectro Autista: uma revisão integrativa. *Revista Sociedade Científica*, 7(1), 5168-5185. <https://doi.org/10.61411/rsc202481717>
- Silva, G. (2010). O Método Científico na Psicologia: Abordagem Qualitativa e Quantitativa. *Psicologia*.
- Soares, I., Luz, L., Escórcio, G., Fontenele, J., Costa, K., Silva, M., Agnes, A., Soares, G., Coelho, B., Bonato, H., Gheller, A., Barros, P., Teixeira, B, Oliveira, N., Braz, G., Martins, J., & Gondim, P. (2024). O Transtorno do espectro autista: aspectos clínicos e epidemiológicos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(4), 1116–1130. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1116-1130>
- Talantseva, O., Romanova, R., Shurdova, E., Dolgorukova, T., Sologub, P., Titova, O., Kleeva, D., & Grigorenko, E. (2023). The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1071181>
- Thomas, K. W. (1992). Conflict and Conflict Management: Reflections and Update. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 265-274. <https://doi.org/10.1002/job.4030130307>

- Van de Vliert, E., & Euwema, M. C. (1994). Agreeableness and activeness as components of conflict behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 674. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.4.674>
- Viana, A., Martins, A., Tensol, I., Barbosa, K., Pimenta, N., & Lima, B. (2020). Autismo: uma revisão integrativa. *Saúde Dinâmica*, 2(3), 1-18. <https://doi.org/10.4322/2675-133X.2022.017>
- Wang, C., Wang, H. (2024). The growing challenge of autism spectrum disorder: a comprehensive review of etiology, diagnosis, and therapy in children. *All Life*, 17(1). <https://doi.org/10.1080/26895293.2024.2415057>
- Ziede, J., & Norcross, J. (2020): Personal Therapy and Self-Care in the Making of Psychologists, *The Journal of Psychology*, 154(8), 585-618. <https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1757596>

Anexos

ANEXO A – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Perceções de psicólogos clínicos sobre os conflitos no acompanhamento de crianças com PEA e respetivos pais

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

.....,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

E autorizo a gravação das entrevistas.

Data: _____ / _____ / 20____

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

ANEXO B – Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

- 1. Unidade de análise – Caracterização sociodemográfica dos participantes**
 - Sexo
 - Idade
 - Habilitações literárias
 - Anos de experiência no trabalho com o autismo

- 2. Unidade de análise – Perceções sobre as dificuldades mais sentidas no acompanhamento de crianças com PEA**
 - Quais são as principais dificuldades que sente no acompanhamento de crianças autistas?
 - Sente-se confiante para trabalhar com estas crianças?
Se não, porquê?
 - De que forma sente que este tipo de acompanhamento impacta na sua saúde mental e/ou física?
 - Que conflitos identifica no acompanhamento de crianças autistas?
 - De que forma sente que os conflitos por si identificados afetam a sua vida pessoal?
 - Qual o seu nível de satisfação profissional?
Se negativo, porquê? / O que acha que poderia ser diferente?

- 3. Unidade de análise – Desafios que os psicólogos enfrentam com os pais das crianças com PEA**
 - Como descreveria a sua relação com os pais das crianças que acompanha?
 - Em relação aos pais, na sua perceção, quais são os conflitos mais comuns que enfrenta com os mesmos?
 - De que forma sente que esses conflitos interferem na intervenção com a criança?
 - Como lida com situações em que os pais apresentam resistência ou discordância em relação ao processo de intervenção?

- 4. Unidade de análise – Estratégias de gestão de conflitos e autocuidado adotadas**
 - Que estratégias costuma usar para gerir conflitos com os pais?
 - Que estratégias costuma usar para gerir conflitos com a criança?
 - Costuma recorrer a práticas de autocuidado?
Se sim, quais?
 - De que forma pensa que essas práticas de autocuidado contribuem para uma boa prática profissional?

ANEXO C – Parecer da Comissão de Ética



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Dar o parecer à aluna e orientador(a).

[Handwritten signature]
08.01.2025

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Pedro Reis
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/MPCS – 640/24-2	6 de Janeiro de 2025

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética analisou a resubmissão do projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentado por Cátia Sofia Preda Rodrigues, intitulado “Perceções de psicólogos clínicos sobre os conflitos no acompanhamento de crianças com PEA e respetivos pais”.

O objetivo geral deste estudo é compreender os conflitos vividos por psicólogos clínicos no acompanhamento de crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo e com os pais, identificando, também desta forma, as repercussões no bem-estar psicológico e físico dos mesmos. O projeto em, ainda, como objetivos específicos: investigar as perceções das dificuldades mais sentidas pelos psicólogos clínicos participantes do estudo no acompanhamento de crianças com PEA; perceber quais são os desafios que esses psicólogos enfrentam com os pais das crianças com PEA; analisar quais são as estratégias de gestão de conflitos e de autocuidado adotadas pelos mesmos.

O projeto não levanta questões éticas.

Todas as alterações solicitadas foram realizadas.

Deste modo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Inês Lopes Cardoso
Inês Lopes Cardoso



FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA “FERNANDO PESSOA”

NIPC. 502 057 602 • Reg. Comercial nº.26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal
T. +351 22 507 1300* • <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Carlos da Maia, 296 • 4200-150 Porto • Portugal
T. +351 22 507 4630* • <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal
T. +351 22 507 1300* • <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

* (chamada para a rede fixa nacional)