



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

ESTILOS PARENTAIS E ANSIEDADE EM CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

[Parenting Styles and Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder: An
Exploratory Study]

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Beatriz Andrade Rocha

Orientador:

Professora Doutora Susana Marinho

Julho, 2025



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

ESTILOS PARENTAIS E ANSIEDADE EM CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

[Parenting Styles and Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder: An
Exploratory Study]

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Beatriz Andrade Rocha

Orientador:

Professora Doutora Susana Marinho

Julho, 2025

Agradecimentos

Chegar ao fim desta etapa representa muito mais do que a conclusão de um percurso académico, é o reflexo de um caminho de crescimento, dedicação e superação que nunca percorri sozinha.

À Universidade Fernando Pessoa, expresso o meu mais profundo agradecimento. Foi nesta instituição que me formei, cresci pessoal e profissionalmente, e é com enorme orgulho e gratidão que levo comigo tudo o que aqui aprendi.

À Professora Doutora Susana Marinho, minha orientadora, agradeço pela orientação, rigor académico e pela constante disponibilidade. O seu acompanhamento foi fundamental para a concretização deste trabalho.

À instituição que me acolheu para a realização do estágio curricular e onde este estudo teve lugar, deixo um agradecimento especial pela valiosa formação proporcionada. A experiência vivida foi essencial para o meu desenvolvimento profissional e humano.

Aos meus pais e avós, devo tudo. O vosso amor, apoio incondicional são a base de tudo o que eu sou, e a vossa presença constante foi o alicerce que me sustentou ao longo de todo este percurso.

Às minhas amigas, agradeço por cada palavra de incentivo, por estarem presentes nos momentos importantes e por nunca deixarem que me sentisse sozinha. A vossa amizade foi um porto seguro ao longo de todo este percurso.

Por fim, a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para esta caminhada, com gestos, palavras, incentivos ou simplesmente estando presentes, o meu sincero e sentido agradecimento.

RESUMO

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) caracteriza-se por dificuldades persistentes na comunicação e interação social, associadas a padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento (APA, 2022). Diversos estudos têm evidenciado a elevada prevalência de sintomatologia ansiosa nesta população, a qual, quando não identificada e acompanhada, pode comprometer significativamente o bem-estar emocional e a qualidade de vida da criança (Van Steensel et al., 2011). A parentalidade, enquanto fator estruturante no desenvolvimento emocional e comportamental, adquire particular importância no contexto do autismo, tendo os estilos parentais demonstrado influência na forma como a criança lida com as suas dificuldades e desafios emocionais (Karst & Van Hecke, 2012). O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre os estilos parentais e os níveis de ansiedade em crianças com PEA, procurando identificar eventuais associações com a sintomatologia ansiosa. Para tal, foi adotada uma metodologia quantitativa, com a participação de nove mães de crianças diagnosticadas com PEA, a quem foram aplicados um Questionário Sociodemográfico, o SCARED-R (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised*) (Pereira et al., 2013) e o QDEP (Questionário de Dimensões e Estilos Parentais) (Pedro et al. 2015). A análise revelou resultados elevados nas subescalas de Perturbação de Pânico, Fobia Social e Perturbação Obsessivo-Compulsiva, assim como a predominância do estilo parental autoritativo. Destaca-se a identificação de uma correlação positiva e significativa entre o estilo autoritativo do pai e os níveis de ansiedade da criança, um resultado que contraria o que é evidenciado pela literatura, sugerindo a necessidade de considerar variáveis contextuais e características específicas desta amostra. Este estudo, apesar das suas limitações, contribui para uma melhor compreensão da dinâmica familiar em crianças com PEA e da forma como os estilos parentais podem influenciar a expressão da sintomatologia ansiosa, salientando a importância de integrar a avaliação e o acompanhamento parental nas intervenções dirigidas a esta população. Por fim, são discutidos aspetos relevantes que justificam o aprofundamento em investigações futuras. Os resultados reforçam a pertinência de estudos com amostras mais amplas, de modo a clarificar o papel da parentalidade no bem-estar emocional de crianças com autismo.

Palavras-chave: Perturbação do Espectro do Autismo, Estilos Parentais, Ansiedade Infantil

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterised by persistent difficulties in communication and social interaction, associated with restricted, repetitive and stereotyped patterns of behaviour (APA, 2022). Several studies have shown the high prevalence of anxiety symptoms in this population, which, when not identified and monitored, can significantly compromise the child's emotional well-being and quality of life (Van Steensel et al., 2011). Parenting, as a structuring factor in emotional and behavioural development, is particularly important in the context of autism, and parenting styles have been shown to influence the way children deal with their emotional difficulties and challenges (Karst & Van Hecke, 2012). The aim of this study was to analyse the relationship between parenting styles and anxiety levels in children with ASD, seeking to identify possible associations with anxiety symptoms. To this end, a quantitative methodology was adopted, with the participation of nine mothers of children diagnosed with ASD, who were given a Sociodemographic Questionnaire, the SCARED-R (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - Revised) (Pereira et al., 2013) and the QDEP (Questionnaire of Parenting Dimensions and Styles) (Pedro et al. 2015). The analysis revealed high scores in the Panic Disorder, Social Phobia and Obsessive-Compulsive Disorder subscales, as well as the predominance of authoritative parenting style. It is worth highlighting the identification of a positive and significant correlation between the father's authoritative style and the child's anxiety levels, a result that contradicts what is shown in the literature, suggesting the need to consider contextual variables and specific characteristics of this sample. This study, despite its limitations, contributes to a better understanding of family dynamics in children with ASD and how parenting styles can influence the expression of anxiety symptoms, emphasising the importance of integrating parental assessment and monitoring into interventions aimed at this population. Finally, relevant aspects that warrant further research are discussed. The results reinforce the relevance of studies with larger samples in order to clarify the role of parenting in the emotional well-being of children with autism.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Parenting Styles, Child Anxiety

Índice Geral

Introdução	1
1ª Parte: Enquadramento Teórico	3
Capítulo 1. Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)	5
1.1. Diagnóstico e Caracterização da PEA	5
1.2. Ansiedade na criança com PEA	8
Capítulo 2. Parentalidade no Autismo	13
2.1. Estilos Parentais - Abordagem Tipológica	13
2.2. Estilos Parentais na educação de crianças com PEA	15
Capítulo 3. Estilos Parentais e Problemas de Ansiedade na Criança com PEA	17
2ª Parte: Enquadramento Metodológico	19
Capítulo 4. Metodologia	21
4.1. Objetivos de Investigação	21
4.2. Hipóteses de Investigação	21
Capítulo 5. Método	23
5.1. Amostra	23
5.2. Instrumentos	23
5.3. Procedimentos	26
Capítulo 6. Resultados	29
6.1. Análise Descritiva: SCARED-R e QDEP.....	29
6.2. Análise Inferencial: Estilos Parentais, Ansiedade e Níveis de Suporte	32
6.2.1. Associação entre os Estilos Parentais e os Níveis de Ansiedade em Crianças com PEA	32
6.2.2. Ansiedade em Crianças com PEA	34
Capítulo 7. Discussão de Resultados	37
Conclusão Considerações Finais	43
Referências Bibliográficas	45

ANEXOS	51
---------------------	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Níveis de ansiedade do filho em função do sexo.....	34
Gráfico 2. Níveis de ansiedade do filho em função do nível de funcionamento.....	35
Gráfico 3. Postos Médios em função do nível de funcionamento.....	36

Índice de Tabelas

Tabela 1. Nível de Funcionamento das crianças em função do Diagnóstico de PEA..... 23

Tabela 2. Valores de dispersão dos resultados do SCARED-R do estudo e da adaptação para a população portuguesa (Pereira et al., 2013)..... 29

Tabela 3. Valores de dispersão dos resultados do QDEP do estudo e da adaptação para a população portuguesa (Pedro et al. 2015)..... 31

Tabela 4. Relação entre os Estilos Parentais e os Níveis de Ansiedade dos seus filhos....32

Introdução

A parentalidade representa um processo central na dinâmica familiar, influenciando diretamente o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças (Bornstein, 2019). O conceito de estilo parental (EP) refere-se ao conjunto de atitudes e crenças que moldam a relação entre pais e filhos (Darling & Steinberg, 1993) e tem sido amplamente estudado no contexto do desenvolvimento infantil. No caso de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), compreender o impacto dos estilos parentais torna-se ainda mais relevante, uma vez que estas crianças enfrentam desafios específicos ao nível do desenvolvimento, regulação emocional e da adaptação social (Maciel-Portes et al., 2022). Receber o diagnóstico de autismo de um filho pode representar uma experiência desafiadora para os pais, exigindo ajustamentos emocionais, cognitivos e estruturais na dinâmica familiar (Portes et al., 2020). O modo como os pais lidam com estas mudanças e estabelecem padrões de interação pode ter implicações significativas no bem-estar psicológico da criança (Portes et al., 2020). Entre os diversos fatores a considerar, a ansiedade destaca-se como uma das dificuldades emocionais mais comuns em crianças com PEA (White et al., 2009). No entanto, a investigação sobre a relação entre os estilos parentais e os níveis de ansiedade nesta população ainda é escassa (O’Nions et al., 2018).

Deste modo, o presente estudo pretende explorar a forma como os estilos parentais se relacionam com a ansiedade em crianças com PEA, de forma a contribuir para uma melhor compreensão desta relação assim como enriquecer as intervenções destinadas a apoiar as crianças e as suas famílias.

Esta dissertação encontra-se estruturada em duas partes principais, organizadas por capítulos. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, no qual são abordados os conceitos fundamentais relacionados com a PEA, incluindo o seu diagnóstico e caracterização, bem como a problemática da ansiedade em crianças com PEA. De seguida, é abordado o papel da parentalidade neste contexto, apresentando-se a abordagem tipológica dos estilos parentais, com especial atenção à forma como estes se manifestam na educação de crianças com PEA e à sua relação com os problemas de ansiedade.

A segunda parte está centrada no enquadramento metodológico e na apresentação dos

Estilos Parentais e Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo Exploratório

resultados obtidos. São expostos os objetivos e as hipóteses que nortearam a investigação, bem como a metodologia adotada, especificando-se a amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos seguidos. Posteriormente, apresentam-se e discutem-se os resultados do estudo, à luz da literatura existente.

Por fim, são apresentadas as conclusões e considerações finais, bem como a análise de possíveis limitações e propostas para pesquisas futuras.

1ª Parte – Enquadramento Teórico

Estilos Parentais e Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo Exploratório

Capítulo 1. Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)

1.1. Diagnóstico e Caracterização da PEA

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento cuja prevalência tem vindo a aumentar nos últimos anos, sendo atualmente, segundo James e Smith (2020) uma das mais frequentes dentro deste grupo de perturbações.

A versão mais recente do Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-5-TR (APA, 2022) classifica a PEA como uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices persistentes na comunicação e interação social assim como padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Os défices verbais e não verbais na comunicação social têm manifestações variáveis, dependendo da idade do indivíduo, nível intelectual e capacidade de linguagem, bem como outros fatores como história de tratamento e suporte atual (APA, 2022). Os défices na reciprocidade socio-emocional são evidentes em desde cedo nas crianças com a perturbação, que podem mostrar pouca ou nenhuma iniciativa de interação social e nenhuma partilha de emoções (Baron-Cohen, 2008; APA, 2022). A linguagem que existe muitas vezes é unilateral, deficiente em reciprocidade social e usada para pedir ou rotular do que para comentar, partilhar sentimentos ou conversar (APA, 2022). De acordo com este Manual, os défices nos comportamentos não verbais usados para a interação social são manifestados por uso reduzido, ausente ou atípico de contacto ocular. Já os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades mostram uma variedade de manifestações de acordo com a idade, nível de funcionamento e suportes atuais. Por sua vez, os comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipias motoras simples, uso repetitivo de objetos e discurso repetitivo (Lord, et al., 2018). A adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento pode manifestar-se em resistência à mudança ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal. Além disso, nesta perturbação, os interesses altamente restritos e fixados tendem a ser anormais em intensidade ou foco (Lord, et al., 2018; Lauritsen, 2013).

Estes sintomas estão presentes no início do período de desenvolvimento, causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas

importantes do funcionamento atual e não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global do desenvolvimento (APA, 2022).

A PEA não é uma perturbação degenerativa e por isso a aprendizagem e a compensação continuam ao longo da vida (Lauritsen, 2013). Na generalidade, os indivíduos mais funcionais podem ser mais independentes, no entanto, estes mesmos indivíduos podem permanecer socialmente ingénuos e vulneráveis, apresentar dificuldades na organização das exigências práticas sem ajuda e têm propensão para ansiedade e depressão (APA, 2022; Lauritsen, 2013).

A heterogeneidade clínica inerente à PEA levou a comunidade científica e clínica à necessidade de estabelecer critérios que permitissem uma categorização dimensional das necessidades de suporte, com o intuito de orientar a formulação de planos de intervenção individualizados e adequados à complexidade funcional de cada indivíduo (Lord et al., 2018). Neste contexto, o *DSM-5* passou a classificar a PEA em três níveis de gravidade, estabelecidos de acordo com o grau de apoio que a pessoa necessita para enfrentar as dificuldades nas áreas da comunicação social e dos comportamentos restritos e repetitivos (APA, 2013). A categorização proposta procura refletir a heterogeneidade das manifestações clínicas e funcionais observadas no espectro, alinhando-se com a conceção da perturbação como uma condição de natureza contínua e dimensional (Lord et al., 2018).

O Nível 1, designado como “Requer Suporte”, inclui indivíduos cuja sintomatologia compromete moderadamente o funcionamento quotidiano (APA, 2022). As dificuldades na reciprocidade social manifestam-se, por exemplo, na dificuldade em iniciar interações ou em responder adequadamente às aproximações sociais de terceiros (Lord et al., 2018). Os padrões comportamentais restritos e repetitivos encontram-se presentes, mas são suscetíveis de atenuação mediante intervenção e estrutura ambiental. Este nível é frequentemente referido como autismo de elevado funcionamento, uma vez que as dificuldades, embora presentes, são menos incapacitantes (APA, 2013).

O Nível 2, identificado como “Requer suporte substancial”, abrange indivíduos que apresentam défices marcados na comunicação verbal e não verbal, mesmo com suporte clínico e educacional (APA, 2022). Neste nível, a rigidez comportamental é mais pronunciada e os interesses restritos tendem a interferir significativamente com as rotinas

sociais e ocupacionais, sendo frequente a resistência a mudanças e a dificuldade em adaptar-se a contextos não estruturados (Lord et al., 2018).

Por fim, o Nível 3, classificado como “Requer suporte muito substancial”, corresponde aos casos de maior gravidade, nos quais os défices na comunicação social são profundos, evidenciando-se através de mínima iniciativa de interação, respostas sociais limitadas e escassos interesses partilhados (APA, 2022). Os comportamentos estereotipados são intensos e altamente inflexíveis, frequentemente associados a reações de elevada desregulação emocional perante alterações nas rotinas ou na exposição a estímulos sensoriais não previsíveis (APA, 2013).

Importa destacar que a atribuição de níveis de funcionamento não constitui uma medida estática ou definitiva, uma vez que a expressão clínica da PEA pode sofrer alterações ao longo do desenvolvimento, em função de fatores intrínsecos, contextuais e das intervenções especializadas implementadas (Vivanti, 2020). Adicionalmente, esta classificação deve ser articulada com outras dimensões de avaliação funcional, como o nível cognitivo, o perfil de linguagem, as competências adaptativas e o funcionamento emocional e comportamental, de forma a assegurar uma compreensão holística do perfil clínico do indivíduo (Lord et al., 2020).

Na transição do *DSM-5* para a versão revista, o *DSM-5-TR* introduziu mudanças no critério A, relacionado com as dificuldades na comunicação e na interação social (APA, 2022). Na versão mais recente, o diagnóstico de PEA exige que estejam presentes, obrigatoriamente, os três aspetos específicos deste critério: (i) dificuldades na reciprocidade socioemocional, (ii) défices na comunicação verbal e não verbal utilizada nas interações e (iii) desafios no estabelecimento, manutenção e compreensão de relações interpessoais.

Na edição anterior, o *DSM-5*, a redação ambígua do critério A deixava margem para interpretação, podendo levar ao diagnóstico com base na presença de apenas um desses aspetos. A revisão clarificou este ponto, tornando a avaliação mais rigorosa e reduzindo a subjetividade no processo diagnóstico (APA, 2022)

A PEA é frequentemente associada a outros diagnósticos comórbidos (APA, 2022), nomeadamente de perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) (28.2%) ou a perturbação obsessivo-compulsiva (POC) rondando os 12.5% de prevalência (Simonoff

et al., 2008; APA, 2022).

Uma meta-análise conduzida por Thiele-Swift e Dorstyn (2024), que reuniu os dados de 56 estudos que envolvem um total de 4 459 crianças e adolescentes com PEA, identificou como os subtipos de ansiedade mais comuns a fobia específica (41%), a ansiedade social (28%), a ansiedade generalizada (27%) e a ansiedade de separação (14%). Estes resultados reforçam a importância de considerar a ansiedade como uma comorbidade significativa em crianças com PEA, pelo que a sua avaliação e intervenção devem ser parte integrante do acompanhamento clínico destes jovens.

1.2. Ansiedade na criança com PEA

As perturbações de ansiedade e os seus sintomas são frequentemente observados em jovens com PEA (Vasa & Mazurek, 2015). Nos últimos anos, a investigação sobre a prevalência e as características clínicas desta perturbação tem aumentado significativamente (Thiele-Swift & Dorstyn, 2024). Uma meta-análise conduzida por Van Steensel e colaboradores em 2011 identificou um conjunto substancial de evidências que indicam que crianças e adolescentes com PEA apresentam um risco elevado de desenvolver ansiedade e perturbações de ansiedade.

A ansiedade torna-se então uma das dificuldades emocionais frequentemente observadas em crianças e adolescentes com PEA, sendo uma das principais preocupações no contexto clínico (Van Steensel et al., 2011). No entanto, apenas recentemente a investigação começou a aprofundar a forma como a ansiedade se manifesta e pode ser tratada nesta população, evidenciando a necessidade de estratégias de avaliação e intervenção mais eficazes (Lord et al., 2005).

Embora o autismo não inclua a ansiedade como uma característica central, muitas pessoas com PEA sentem um profundo desconforto face às dificuldades de interação social (Kerns & Kendall, 2012). Embora frequentemente se considere que indivíduos com diagnóstico de PEA preferem o isolamento, muitos têm plena consciência da sua desconexão com meio social, o que pode intensificar sentimentos de ansiedade (White et al., 2009).

Uma outra meta-análise realizada por Vasa e Mazurek (2015) revelou que a prevalência de pelo menos uma perturbação de ansiedade entre crianças com PEA é de 39,6%. Os autores revelam que os tipos mais comuns de perturbações foram a fobia específica

(29,8%), a perturbação obsessivo-compulsivo (POC) (17,4%) e ansiedade social (16,6%). Os autores fazem ainda referência a um recente estudo com 108 crianças com diagnóstico PEA de elevado funcionamento, que participaram em ensaios clínicos para tratamento da ansiedade, no qual quase todas (91,6%) atenderam aos critérios para dois ou mais perturbações de ansiedade, sendo que a fobia social (41,7%) e a perturbação de ansiedade generalizada (25,9%) tiveram maior prevalência. Vasa e Mazurek (2015) baseiam-se ainda em pesquisas que investigaram a prevalência dos sintomas em amostras numerosas. Numa amostra de 863 crianças com PEA (Maskey et al. 2013), 43% apresentaram ansiedade, medos e fobias frequentes, no entanto, a relevância clínica desses sintomas não foi avaliada. Os autores fazem ainda referência a uma amostra de 1429 crianças com PEA (Gotham et al., 2013), 46% estavam acima do intervalo clinicamente elevado na escala de Problemas de Ansiedade do *Child Behavior Checklist* (CBCL), em comparação com apenas 9% dos irmãos sem diagnóstico de PEA. O estudo indica que as crianças com PEA estão em maior risco de desenvolver ansiedade quando comparadas a uma prevalência de 2,2-27% entre crianças sem diagnóstico de PEA.

Um estudo de Gillott et al. (2001) concluiu que crianças com autismo de elevado funcionamento apresentaram pontuações mais altas em medidas de ansiedade do que crianças com dificuldades de aprendizagem específicas e crianças com desenvolvimento normativo. Embora alguns indivíduos com PEA apresentem resultados positivos, a maioria apresenta défices persistentes a nível social (Lord et al. 2018). Esses défices sociais, amplamente documentados na literatura, são uma característica central das perturbações do espectro do autismo (Baren-Cohen, 1989; Brown & Whiten, 2000; Rogers, 2000). Os défices típicos nas competências sociais ocorrem nas seguintes áreas: reciprocidade, iniciação de interações, manutenção do contato ocular, capacidade de compartilhar prazer, empatia e habilidade para inferir os interesses dos outros (APA, 2022). Défices no funcionamento social podem afetar de maneira significativa as interações sociais e interferir na capacidade de estabelecer amizades duradouras e significativas, levando ao isolamento e rejeição, o que pode contribuir para o surgimento de ansiedade e depressão (Tantam, 2000).

Os resultados obtidos no estudo de Tantam (2000) indicam que os adolescentes com PEA apresentaram níveis de ansiedade superiores aos observados na população em geral. Além disso, verificou-se que a ansiedade nesta população não se manifesta de forma uniforme, podendo assumir diferentes formas e intensidades (Bellini, 2004).

No entanto, os estudos realizados até ao momento apresentam resultados inconsistentes, em grande parte devido às diferenças nas características das amostras e nas metodologias utilizadas para avaliar a ansiedade (Thiele-Swift & Dorstyn, 2024). A heterogeneidade dentro do próprio espectro do autismo dificulta a obtenção de conclusões sólidas sobre essa relação (Vasa & Mazurek, 2015; Thiele-Swift & Dorstyn, 2024).

A manifestação da ansiedade em jovens com PEA segundo White e colaboradores (2009) é semelhante em muitos aspetos à de jovens sem PEA, ao nível da progressão do desenvolvimento dos sintomas, mas também apresenta diferenças em outros aspetos, como a associação a sensibilidades sensoriais e a falta de perceção emocional. A expressão complexa da ansiedade em crianças e adolescentes com PEA pode contribuir para a probabilidade de que os sintomas de ansiedade de algumas crianças sejam negligenciados ou mal interpretados (White et al, 2009). Uma criança com PEA pode começar a agir de forma mais disruptiva em casa ou na escola, ou os pais podem relatar um aumento no comportamento repetitivo da criança ou na intensidade de interesses restritos. Segundo os autores, os sintomas e medos podem não ser típicos para a idade, e a criança pode não ser capaz de relatar com precisão seus sintomas ou pode negar experimentar preocupações graves, apesar das evidências comportamentais em contrário. O adolescente com PEA pode ter dificuldade em perceber os seus sentimentos internos e pensamentos ansiosos, apesar de conseguir descrever sinais evidentes de ansiedade, por exemplo, evitar sentar com os colegas durante o intervalo, quando questionado (White et al, 2009).

White e colaboradores (2009) concluem que embora ainda não existam dados conclusivos sobre a prevalência exata da ansiedade em jovens com PEA, a literatura sugere que esta condição é mais frequente nesta população do que em muitos outros grupos clínicos e não clínicos, sendo que forma como a ansiedade se manifesta pode variar de acordo com fatores como a idade, o nível cognitivo, as dificuldades sensoriais e o grau de interação social.

Além disso, um estudo conduzido por Solomon e colaboradores (2012), que procurou analisar as possíveis diferenças de género nos níveis de ansiedade em crianças com PEA de alto funcionamento, revelou que, embora não se tenham registado diferenças significativas nos sintomas nucleares do autismo entre raparigas e rapazes, as primeiras apresentaram níveis significativamente superiores de ansiedade social. Estas

manifestaram uma preocupação acrescida com a avaliação por parte dos pais, bem como uma maior tendência para evitar situações de interação social (Solomon et al., 2012).

Com o aumento dos diagnósticos de PEA, torna-se cada vez mais urgente o desenvolvimento de instrumentos de avaliação adequados e de estratégias de intervenção eficazes. Além disso, um dos principais desafios na prática clínica é distinguir se a ansiedade observada é uma comorbidade independente ou se surge como uma resposta secundária às dificuldades inerentes ao autismo (White et al., 2009)

Capítulo 2. Parentalidade no Autismo

2.1. Estilos Parentais - Abordagem Tipológica

A família representa o primeiro núcleo social da criança, exercendo um papel fundamental no seu desenvolvimento emocional, psicológico e cognitivo (Relvas, 1997). Segundo a autora, além de ser a base para a construção dos primeiros vínculos e aprendizagens, é também responsável pela transmissão de valores e tradições culturais que influenciam o seu percurso ao longo da vida. Desde os primeiros anos até à vida adulta, a família orienta a criança na sua relação com o mundo, proporcionando-lhe um ambiente de interação essencial para o seu desenvolvimento (Relvas, 1997). As conexões familiares são, assim, um pilar determinante na formação da identidade e no processo de aprendizagem, moldando a forma como a criança se insere na sociedade (Maccoby, 1983).

O nascimento de uma criança com uma condição atípica impacta profundamente toda a dinâmica familiar, afetando a sua identidade, organização e modo de funcionamento (Pottie & Ingram, 2008). Durante este percurso, os pais passam por diferentes fases, desde o impacto inicial do diagnóstico, seguido por momentos de negação e procura de soluções rápidas, até fases de luto e tristeza, que gradualmente podem evoluir para a aceitação e adaptação à nova realidade (Serrano, 2007). A forma como cada família lida com esta experiência está frequentemente associada às suas características individuais, bem como aos recursos e ao suporte disponível para enfrentar os desafios que surgem (Harper et al, 2013).

O exercício da parentalidade, por sua vez, é um processo complexo, composto por um conjunto diversificado de comportamentos que, isoladamente ou em conjunto, contribuem para o desenvolvimento da criança (Darling, 1999). Já o conceito de estilo parental, segundo Figueiredo e Lamela (2014), refere-se a uma característica relativamente estável ao longo do tempo, refletindo o contexto emocional e físico em que ocorrem os cuidados e a socialização da criança. Os mesmos autores destacam ainda que este estilo tem um impacto direto na relação entre pais e filhos e, de forma indireta, influencia tanto as rotinas diárias quanto o bem-estar psicológico da criança.

De acordo com Darling e Steinberg (1993), os estilos parentais dizem respeito ao conjunto de comportamentos e posturas adotadas pelos pais que determinam a sua relação com os

filhos. Estes estilos não são estáticos, sendo moldados tanto por fatores ligados aos próprios pais, como traços de personalidade e condições socioeconômicas, quanto pelas particularidades da criança (Darling & Steinberg, 1993).

Diana Baumrind (1966, 1971), uma das principais autoras de referência no estudo da parentalidade, propôs um modelo que classifica os estilos parentais em três categorias distintas: autoritário, permissivo e autoritativo. Segundo a autora, o estilo parental autoritário distingue-se por um forte controlo por parte dos pais e uma demonstração reduzida de afeto. A autora explica ainda que pais que adotam este modelo tendem a ser exigentes e inflexíveis, impondo regras rígidas sem incentivar o diálogo ou a autonomia dos filhos. A sua abordagem baseia-se na obediência estrita a normas consideradas inquestionáveis e absolutas. Em situações de desobediência ou conflito, recorrem frequentemente a punições como forma de disciplina (Darling & Steinberg, 2017). Esse tipo de parentalidade, marcado pela rigidez e pelo uso de sanções, pode gerar sentimentos de medo e frustração nas crianças (Pinquart, 2017). Em contraste, o estilo parental permissivo caracteriza-se por uma grande demonstração de afeto, mas por uma baixa imposição de regras e limites (Darling & Steinberg, 2017). Segundo os autores, os pais com este perfil são afetuosos e atenciosos, porém, evitam estabelecer exigências ou impor disciplina. Em vez de assumirem um papel orientador e modelador do comportamento dos filhos, posicionam-se mais como facilitadores das suas vontades e desejos (Baumrind, 1966, 1971). Crianças educadas sob este estilo parental tendem a apresentar menor autoconfiança e independência, podendo demonstrar comportamentos mais reservados (Baumrind, 1978). Por sua vez, o estilo parental autoritativo equilibra as características dos estilos autoritário e permissivo, combinando altos níveis de exigência e controlo com uma forte presença de afeto (Baumrind, 1978). Pais que adotam este modelo incentivam a autonomia e a liberdade dos filhos, ao mesmo tempo que estabelecem regras e limites claros. São atentos às necessidades e opiniões das crianças, exercendo disciplina de forma estruturada, mas sem recorrer a punições severas ou violência (Maccoby & Martin, 1983). Este estilo promove um ambiente familiar baseado no respeito e na comunicação, evitando os extremos da rigidez excessiva ou da ausência de regras (Baumrind, 1966, 1971). Como consequência, as crianças educadas sob este modelo tendem a desenvolver competências sociais, autoconfiança, assertividade e um maior sentido de responsabilidade (Baumrind, 1978).

Mais tarde, Maccoby e Martin (1983) expandiram a tipologia dos estilos parentais ao

dividir o estilo permissivo em duas categorias distintas: indulgente e negligente. Essa diferenciação baseia-se em dois fatores essenciais – a responsividade e a exigência. Embora ambos os estilos se caracterizem por uma baixa imposição de regras, os pais indulgentes demonstram um alto nível de responsividade e envolvimento emocional, ao contrário dos pais negligentes, que tendem a ser distantes e pouco atentos às necessidades dos filhos (Maccoby, 1983).

2.2. Estilos Parentais na educação de crianças com PEA

Baumrind (1978) enfatiza que não existe uma fórmula única e infalível para a parentalidade, visto que este é um processo dinâmico e desafiador, que evolui com as experiências vividas pelos pais e pelas próprias crianças. Criar um filho com PEA pode trazer desafios acrescidos, tornando-se emocionalmente exigente (Hayes & Watson, 2013). O momento do diagnóstico, em particular, pode desencadear reações intensas nos pais, incluindo choque, negação e sentimentos de culpa (Smith et al., 2012).

À medida que ultrapassam o impacto inicial do diagnóstico, os pais de crianças com PEA enfrentam desafios contínuos que podem gerar sentimentos de exaustão e incapacidade para lidar com as exigências da condição do filho (Ku et al., 2019). Estudos indicam que as dificuldades características da PEA, especialmente no domínio da comunicação e da interação social, estão associadas a um aumento significativo do stress parental (Ku et al., 2019).

Além disso, a intensidade dos sintomas da criança tende a estar diretamente relacionada com o nível de stress experimentado pelos cuidadores, ou seja, quanto mais severas forem as manifestações da PEA, maior o impacto na saúde emocional dos pais (Portes et al., 2020). Esse quadro pode ainda afetar a relação parental, resultando em uma possível diminuição das expressões de afeto e, em alguns casos, no reforço de comportamentos controladores ou de sobreproteção (Rutgers et al., 2004).

O impacto das dificuldades enfrentadas pelos progenitores de crianças com PEA está intimamente ligado à interação entre a gravidade dos sintomas da criança e as características psicológicas dos pais, como a percepção de autoeficácia, além dos recursos de apoio de que dispõem (Ku et al., 2019). A literatura tem mostrado que as manifestações da PEA podem afetar o bem-estar dos pais e influenciar seus comportamentos em relação aos filhos, mas também ocorre o inverso (Smith et al., 2012). Um estudo de Smith e

Estilos Parentais e Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo Exploratório

colaboradores (2012) ilustra essa relação, apontando que aspectos positivos no ambiente familiar, como altos níveis de afeto e reconhecimento por parte da mãe, podem contribuir para a diminuição de comportamentos repetitivos nas crianças com PEA. Além disso, a qualidade da interação mãe-filho pode predizer melhorias na reciprocidade social da criança ou adolescente com PEA (Smith et al., 2012).

Capítulo 3. Estilos Parentais e Problemas de Ansiedade na Criança com PEA

A literatura sobre a relação entre estilos parentais e ansiedade em crianças com PEA ainda é relativamente escassa (O’Nions et al., 2018). Segundo Portes e colaboradores (2022), embora existam alguns estudos que abordam a influência dos estilos parentais nos níveis de ansiedade nessas crianças, a literatura nesta área é insuficiente para proporcionar conclusões definitivas. A maioria dos estudos disponíveis destaca a importância de estilos parentais mais equilibrados, como o autoritativo, para diminuir a sintomatologia da ansiedade em crianças com PEA (Karst & Van Hecke, 2012). No entanto, ainda há uma carência de investigações mais aprofundadas que explorem detalhadamente como diferentes estilos parentais, autoritativo, autoritário e permissivo, interagem com os sintomas de ansiedade nas crianças com autismo, assim como o papel de fatores mediadores, como o comportamento dos pais e as características individuais das crianças. O suporte teórico e empírico tem sugerido que os estilos parentais estão associados ao desenvolvimento da ansiedade infantil (Jonovich, 2007). Alguns estudos têm sugerido que o ambiente partilhado entre pais e filhos pode ser responsável por uma quantidade significativa da variação dos sintomas de ansiedade na infância (Eley, 2001). Este ambiente partilhado entre pais e filhos inclui os comportamentos parentais e as experiências de educação dos filhos. Rapee (2001) sugeriu que o ambiente partilhado é parcialmente responsável pelo desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade nas crianças. Neste sentido, a investigação tem procurado compreender de que forma as práticas parentais específicas, enquanto componentes dos estilos parentais, podem contribuir para o desenvolvimento ou manutenção da ansiedade infantil.

Um estudo feito por Jonovich (2007) afirma que os pais que são altamente controladores, características do estilo parental autoritário, podem reduzir o sentido de controlo da criança, o que resulta em maiores sintomas de ansiedade. Isto pode ser melhor compreendido se pensarmos nos défices inerentes às crianças com PEA já que esta população pode ser especialmente suscetível ao controlo parental devido às suas competências sociais limitadas e dificuldades nas relações com os pares, uma vez que as crianças com PEA se caracterizam por competências sociais fracas e dificuldades em interagir com os pares, este défice pode levá-las a depender dos pais para se orientarem no mundo social e por isso, os défices de competências sociais também contribuem

significativamente para o desenvolvimento da ansiedade em crianças com PEA (Jonovich, 2007). Já num estudo realizado por Ku e colaboradores (2019), é evidenciado que os pais de crianças com diagnóstico de PEA tendem a exprimir comportamentos como ser excessivamente controlador e comunicar menos com a criança, quando comparados aos pais de crianças com desenvolvimento típico. Wood e Gadow (2010) destacam que os estilos parentais marcados por controlo excessivo, punições severas, pouca responsividade e inconsistência estão associados a um aumento dos sintomas de ansiedade e comportamentos agressivos nas crianças. Essas práticas podem agravar crises de ansiedade e hostilidade, dificultando o desenvolvimento socioemocional da criança. Por outro lado, estudos como os de Hall e Graff (2011) reforçam que a promoção de comportamentos parentais positivos, caracterizados por maior aceitação, suporte emocional, responsividade e estabelecimento de regras claras, mas flexíveis contribui para a redução da ansiedade e o fortalecimento das competências sociais das crianças com PEA.

Assim, os pais podem perceber que, embora as crianças apresentem níveis mais elevados de sintomas de ansiedade, a frequência com que esses comportamentos ocorrem pode estar mais relacionada às práticas educativas adotadas do que à perturbação em si (Karst & Van Hecke, 2012). A adoção de comportamentos parentais positivos pode contribuir para que a criança se sinta mais segura e menos sobrecarregada, o que pode reduzir episódios de birras e comportamentos agressivos motivados por esses sentimentos e pela ansiedade (Karst & Van Hecke, 2012).

Em síntese, embora a investigação existente sugira uma relação entre os dois fatores, ainda há necessidade de mais estudos que possam aprofundar essa compreensão e fornecer dados mais consistentes para a prática clínica e intervenções familiares. Este estudo visa, portanto, contribuir para o conhecimento existente sobre essa temática, explorando de forma mais aprofundada a relação entre os estilos parentais e a ansiedade em crianças com PEA, com o objetivo de fornecer *insights* úteis para intervenções e apoio às famílias.

2ª Parte: Enquadramento Metodológico

Capítulo 4. Metodologia

O presente estudo assenta numa metodologia quantitativa e configura-se como uma investigação de natureza exploratória, com o intuito de compreender e analisar as relações entre estilos parentais e níveis de ansiedade em crianças com PEA. Neste sentido, considera-se como variáveis do estudo os estilos parentais e os níveis de ansiedade manifestados pelas crianças. O carácter exploratório do estudo justifica-se pela escassez de investigações específicas sobre esta relação em populações com PEA no contexto nacional, permitindo assim levantar hipóteses e gerar conhecimento relevante para futuras investigações mais aprofundadas. Trata-se de um estudo exploratório, não experimental, de carácter transversal e correlacional, uma vez que se propõe a identificar associações entre variáveis num dado momento temporal, sem manipulação direta dos fatores em análise. A investigação visa ainda identificar padrões, tendências e possíveis preditores, mas não estabelecer relações causais.

4.1. Objetivos de Investigação

O objetivo geral desta investigação visa analisar a relação entre os estilos parentais e os níveis de ansiedade em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. Pretende-se com os objetivos específicos:

1. Analisar a associação entre os estilos parentais e os níveis de ansiedade em crianças com PEA;
2. Avaliar se determinados estilos parentais são preditores de sintomas específicos de ansiedade nas crianças com PEA;
3. Descrever quais os estilos parentais predominantes em função do nível de funcionamento da criança;
4. Analisar a sintomatologia de ansiedade em crianças com PEA em função da idade e do sexo.

4.2. Hipóteses de Investigação

Com base na literatura, as hipóteses formuladas para o estudo são:

H1- Existe uma relação entre os estilos parentais e os níveis de ansiedade em crianças

Estilos Parentais e Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo Exploratório

com PEA.

H2– Existe uma relação positiva entre o estilo parental autoritário e os níveis de ansiedade em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

H3– Existem diferenças nos níveis de ansiedade entre crianças com progenitores com o estilo autoritário e crianças com progenitores com o estilo autoritativo.

H4- A sintomatologia de ansiedade em crianças com PEA varia em função da idade.

H5- Existem diferenças nos níveis de ansiedade de crianças com PEA em função do sexo.

H6- Existem diferenças nos níveis de ansiedade de crianças com PEA em função do nível de funcionamento

Capítulo 5. Método

5.1. Amostra

Os participantes foram recrutados através da divulgação do estudo num Centro de Terapia e Desenvolvimento privado, situado na cidade do Porto, onde a investigadora realizou o seu estágio curricular. A participação no estudo foi destinada a progenitores de crianças com diagnóstico de PEA, com idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos e de nacionalidade portuguesa. Como critérios de exclusão, foram consideradas comorbilidades graves associadas ao autismo que, pela sua natureza, pudessem interferir significativamente nos níveis de ansiedade das crianças avaliadas.

Neste sentido, dos 60 participantes inicialmente estimados, apenas 9 mães de crianças com PEA aceitaram participar neste estudo. A idade das mães varia entre os 35 e os 52 anos sendo a média de 44 anos ($M=44$, $DP=5.26$), a maioria casadas ($n=5$; 55.6%). Os filhos são maioritariamente do sexo masculino ($n=7$; 77.8%) enquanto apenas 2 são do sexo feminino ($n=2$; 22.2%) e tem idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos, sendo a média de 9 anos ($M=9.89$, $DP=1.53$). As informações relativas ao funcionamento das crianças encontram-se resumidas na tabela abaixo apresentada (Tabela 1)

Tabela 1

Nível de Funcionamento das crianças em função do Diagnóstico de PEA

Nível de Funcionamento	<i>n</i>	%
Requer Suporte	4	44%
Requer Suporte Substancial	3	33%
Requer Suporte Muito Substancial	2	22%

5.2. Instrumentos

Para dar resposta aos objetivos anteriormente definidos e em consonância com a metodologia delineada, foi elaborado um questionário sociodemográfico (Anexo A) pela

investigadora. Para a avaliação dos níveis de ansiedade das crianças, foi aplicada a versão do instrumento SCARED-R destinada aos progenitores. De forma a avaliar os estilos parentais, foi utilizado o Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP). Para a utilização destes instrumentos, foram previamente solicitadas e devidamente obtidas as autorizações junto dos respetivos autores das versões portuguesas (Anexo B).

O *Questionário Sociodemográfico* - foi elaborado pela investigadora especificamente para este estudo com o objetivo de proceder à caracterização detalhada da amostra, assegurando a recolha de dados sociodemográficos. Este instrumento, preenchido pelas mães das crianças participantes, permitiu recolher informações acerca de variáveis sociodemográficas e clínicas pertinentes. Este questionário foi concebido de forma a permitir uma análise descritiva da amostra.

SCARED-R - Para a avaliação das diferentes dimensões da ansiedade nas crianças, foi aplicado aos progenitores, a versão portuguesa validada por Pereira e colaboradores (2013) do questionário SCARED-R *Screen for Child Anxiety Related Disorders- Revised* (SCARED-R, Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999). O SCARED-R consiste num questionário com 69 questões, que tem como objetivo a avaliação de diferentes dimensões da perturbação de ansiedade, de acordo com os critérios do DSM-IV. Existem duas versões deste instrumento, uma para ser aplicada aos progenitores da criança e outra respondida pela criança. Neste estudo foi apenas aplicada a versão dos progenitores, às mães. Cada questão é classificada em termos de frequência de cada sintoma nos últimos 3 meses em “0” (nunca ou quase nunca) “1” (às vezes) e “2” (frequentemente). O questionário avalia diferentes dimensões da ansiedade, distribuídas por subescalas específicas, nomeadamente: Perturbação de Ansiedade de Separação, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pânico, Fobia Social e Fobia à Escola, Fobias Específicas (do tipo *situacional*, *animais* e *sangue*), Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbação de Stress Pós-Traumático. Por último, é também possível obter uma pontuação global, que reflete o nível geral de ansiedade da criança (Pereira et al., 2013). Cada item é cotado em termos de frequência dos sintomas nos últimos três meses, numa escala de 0 (nunca ou quase nunca) a 2 (muitas vezes). A interpretação dos resultados baseia-se na soma das pontuações das subescalas específicas e numa pontuação global, que indica o nível geral de ansiedade da criança. Em relação à versão portuguesa, Pereira e colaboradores (2013) reportaram boas propriedades psicométricas, com coeficientes de consistência interna (α de Cronbach) para ambos os informadores, com valores superiores

a 0.65 para as diferentes subescalas, e bons índices de validade de construto e de critério. Estes resultados estão alinhados com estudos prévios que suportam a robustez psicométrica do SCARED-R, validando a sua aplicação no contexto clínico e de investigação com crianças e adolescentes portugueses (Pereira et al., 2013; Muris et al., 1999; Birmaher et al., 1999). Na versão portuguesa do SCARED-R, foram estabelecidos pontos de corte a partir do percentil 85 da distribuição das pontuações na população normativa. Segundo Pereira e colaboradores (2013), para o total da escala, o ponto de corte global recomendado situa-se em 49 pontos na versão preenchida pelos pais. Estes valores podem variar ligeiramente em função do sexo e da faixa etária da criança. Por exemplo, na versão de heterorrelato, em crianças entre os 7 e os 9 anos, o ponto de corte recomendado é de 51 para raparigas e 45 para rapazes, enquanto nos 10 aos 15 anos é de 51 para raparigas e 48 para rapazes. Estes valores permitem distinguir crianças com níveis clínicos de ansiedade daquelas que não apresentam perturbação (Pereira et al., 2013).

QDEP - O Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP), versão portuguesa "*Parenting Styles & Dimensions Questionnaire*" (PSDQ) (Robinson et al., 2001) foi traduzida e validada por Nunes e Mota (2013) para a população portuguesa. O QDEP é um instrumento de auto-relato e heterorrelato aplicado a pais ou cuidadores principais constituído por 32 itens, cotados numa escala de Likert de 5 pontos, variando de (0) Nunca a (5) Sempre. Em cada item, o participante avalia simultaneamente o seu próprio comportamento parental e o do outro progenitor, permitindo obter uma perspetiva comparativa sobre os estilos parentais no contexto familiar. É composto por três escalas que avaliam os três estilos parentais (EP) da tipologia de Baumrind (1971): o EP Autoritativo, o EP Autoritário e o EP Permissivo. A escala do EP Autoritativo é composta por 15 itens e compreende as subescalas Ligação, Regulação e Autonomia. A escala do EP Autoritário é constituída por 12 itens e inclui as subescalas Coerção Física, Hostilidade Verbal e Punição. A escala do EP Permissivo é composta por 5 itens e não inclui subescalas. Resultados elevados em cada uma das escalas refletem um uso mais frequente de práticas parentais associadas a um EP autoritativo, autoritário ou permissivo (Carapito & Ribeiro, 2015). A versão portuguesa do QDEP demonstrou boas propriedades psicométricas, com coeficientes de consistência interna (α de Cronbach) variando de 0.70 a 0.85 para as escalas principais (Nunes & Mota, 2013). Além disso, a validade fatorial foi confirmada através de análises de componentes principais, e a versão portuguesa tem sido amplamente utilizada em estudos com amostras de pais portugueses,

incluindo contextos clínicos e educacionais (Carapito & Ribeiro, 2015; Nunes & Mota, 2013). Apesar de não existirem pontos de corte universais para o QDEP, a interpretação das médias segue o princípio de que valores superiores a 3,5 - 4 indicam a prevalência de um estilo parental, enquanto valores abaixo de 2 sugerem práticas parentais pouco expressivas (Pereira et al., 2018).

5.3. Procedimentos

O projeto de investigação foi, numa fase inicial, submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, que emitiu parecer favorável para a realização do estudo (Anexo C). Posteriormente, foi igualmente solicitada e concedida autorização formal por parte da direção clínica do Centro de Terapia e Desenvolvimento privado, sediado no Porto (Anexo D), onde a investigadora realizou o seu estágio curricular. Importa referir que, para garantir a imparcialidade e evitar potenciais conflitos de interesse, não foram contactados para participação no estudo os progenitores das crianças com quem a investigadora desenvolveu atividades durante o seu estágio.

A articulação com a direção clínica do Centro permitiu identificar os progenitores de crianças com PEA que preenchiam os critérios de inclusão definidos para o estudo. A divulgação do projeto foi realizada presencialmente pela investigadora junto dos progenitores, momentos antes ou após as sessões das crianças, assegurando um contacto direto e o esclarecimento de quaisquer dúvidas relacionadas com os objetivos e procedimentos da investigação.

Os progenitores que manifestaram interesse em participar receberam, pela própria investigadora, uma carta explicativa do estudo (Anexo E) juntamente com o consentimento informado (Anexo F), onde constava a garantia de confidencialidade dos dados recolhidos e a sua utilização exclusiva para fins de investigação, no âmbito do presente estudo.

Uma vez assinado o consentimento informado, procedeu-se à entrega presencial dos instrumentos de recolha de dados (Questionário Sociodemográfico, QDEP e SCARED-R), devidamente codificados para evitar qualquer emparelhamento com a identidade dos participantes. Os questionários foram entregues em envelope fechado e recolhidos pela investigadora no mesmo formato, garantindo a privacidade e a segurança dos dados. A recolha foi realizada em momentos previamente agendados, de acordo com a

disponibilidade dos progenitores, assegurando um ambiente de confiança e respeito pela sua participação voluntária.

Concluída a recolha de dados, o respetivo tratamento foi realizado através de análise estatística, com recurso ao software IBM SPSS *Statistics* versão 29.0.

Capítulo 6. Resultados

6.1. Análise Descritiva: SCARED-R e QDEP

No total da amostra (N=9) todos os questionários SCARED-R e QDEP foram considerados válidos. Para analisar os dados relativos à ansiedade em crianças com PEA, foi feita a análise exploratória dos valores relativos à dispersão dos resultados das subescalas do SCARED-R como pode ser observado na tabela 2. De igual modo, a tabela 3 apresenta a análise dos valores de dispersão dos resultados do QDEP para a caracterização dos estilos parentais.

Tabela 2

Valores de dispersão dos resultados do SCARED-R do estudo e da adaptação para a população portuguesa (Pereira et al., 2013)

Subescalas SCARED-R ¹	Min.	Máx	<i>M (DP)</i>	Pop. Portuguesa <i>M (DP)</i>
Perturbação de Pânico	0	23	5.33 (±7.632)	2.66 (±3.00)
Perturbação de Ansiedade Generalizada	1	17	5.89(±4.755)	7.15(±3.28)
Perturbação de Ansiedade de Separação	0	14	5.67 (±4.031)	5.15(±3.15)
Fobia Social	1	14	5.78 (±4.236)	4.69(±3.46)
Fobia à Escola	0	8	2.22(±3.528)	-
Fobia Específica do Tipo Situacional	0	10	2.89(±3.516)	-
Fobia Específica do Tipo Sangue	0	14	4.67(±4.444)	-
Fobia Específica do Tipo Animais	0	6	2.00(±2.398)	-
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	0	16	5.22 (±4.711)	3.93(±2.66)

¹ No estudo com a população portuguesa, as médias e desvios-padrão da subescala Fobia Específica foram calculados globalmente. Não sendo especificado o método de cálculo dessa dimensão, optou-se por calcular separadamente as sub-subescalas da dimensão, sendo estas do tipo situacional, tipo sangue e tipo animais. Adicionalmente não foram apresentadas as médias e desvios-padrão da subescala Fobia à Escola.

Perturbação de Stress Pós-Traumático	0	5	1.56(±1.667)	1.71(±1.59)
Pontuação Total			40.56	37.72

É perceptível que a amostra do estudo apresenta médias superiores àquelas observadas na população portuguesa em várias dimensões, designadamente na Perturbação de Pânico, Fobia Social, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de Ansiedade de Separação, assim como na pontuação total.

Por outro lado, na subescala de Perturbação de Ansiedade Generalizada, os valores são inferiores aos da média nacional, apontando para uma possível menor expressão deste tipo de ansiedade na amostra em estudo. A Perturbação de Stress Pós-Traumático apresenta uma média muito próxima nas duas amostras.

Verifica-se também que a média da pontuação total da amostra do presente estudo se encontra abaixo do ponto de corte estabelecido por Pereira et al. (2013) definido em 49 pontos para a versão do SCARED-R preenchida pelos pais.

Para além da análise descritiva das médias obtidas nas diferentes subescalas do SCARED-R, procedeu-se a uma exploração qualitativa dos itens mais pontuados em cada dimensão, de forma a compreender melhor a natureza e as manifestações específicas da sintomatologia ansiosa sinalizada pelas mães das crianças. Esta análise permitiu identificar os conteúdos e preocupações mais frequentes e clinicamente relevantes reportados pelas mães, oferecendo uma perspetiva complementar e contextual dos dados quantitativos.

Verificou-se, por exemplo, que nas subescalas com médias superiores à população portuguesa, como a Perturbação de Pânico, Fobia Social, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Ansiedade de Separação, os itens mais pontuados estavam associados a manifestações comportamentais concretas e situações específicas. Na Perturbação de Pânico, destacaram-se os itens *“quando o meu filho se sente assustado, o coração dele bate depressa”* e *“as pessoas dizem que o meu filho parece nervoso”* com a pontuação mais elevada. Na Fobia Social, os itens mais elevados foram *“o meu filho não gosta de estar com pessoas desconhecidas”* e *“o meu filho sente-se envergonhado com pessoas*

que não conhece bem”. Na subescala de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, os itens “*o meu filho quer que as coisas estejam arrumadas numa certa ordem*” e “*o meu filho faz as coisas mais de duas vezes para verificar se fez tudo bem*” foram os mais cotados. Por sua vez, na Ansiedade de Separação, destacaram-se “*o meu filho fica com medo quando dorme fora de casa*” e “*o meu filho preocupa-se se tiver de dormir sozinho*”.

Para analisar os dados relativos à avaliação dos estilos parentais foi feita a análise descritiva das dimensões consideradas no QDEP como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3

Valores de dispersão dos resultados do QDEP do estudo e da adaptação para a população portuguesa (Pedro et al. 2015)

	Estilo Parental	Min.	Máx.	<i>M (DP)</i>	Pop. Portuguesa <i>M (DP)</i>
	Autoritativo	3.0	4.8	4.2(±.57)	4.17(±.51)
Mãe	Autoritário	1	2.58	1.6(±.58)	1.59(±.41)
	Permissivo	1.4	3.4	1.96(±.63)	1.85(±.58)
	Autoritativo	2.8	4.8	4.2(±.66)	3.94(±.61)
Pai	Autoritário	1.	1.8	1.5(±.31)	1.52(±.40)
	Permissivo	1.4	3.4	2.3(±.7)	1.83(±.58)

Os questionários preenchidos pelas mães indicam uma predominância do estilo parental autoritativo, evidenciado pelas médias mais elevadas atribuídas a ambos os progenitores. Em contraste, o estilo autoritário apresentou os valores mais baixos, sugerindo uma fraca presença de práticas parentais baseadas em controlo rígido e disciplina severa. Já o estilo permissivo revelou médias ligeiramente superiores às da adaptação portuguesa, o que aponta para a existência de práticas permissivas, embora não predominantes.

6.2. Análise Inferencial: Estilos Parentais, Ansiedade e Níveis de Suporte

No presente estudo, a utilização de testes estatísticos não paramétricos justifica-se principalmente pela reduzida dimensão da amostra clínica estudada (N=9) e por não estarem cumpridos os pressupostos de normalidade da distribuição, fatores que limitam a robustez dos testes formais de normalidade e a confiabilidade das análises paramétricas (Conover, 1999). As análises não paramétricas oferecem assim uma alternativa adequada. Desta forma, segundo Martinez e Ferreira (2007) a escolha por métodos não paramétricos assegura maior validade das inferências estatísticas dentro das limitações impostas pela amostra clínica reduzida, promovendo resultados mais confiáveis e representativos da realidade estudada.

Os resultados serão descritos de forma sequencial e de acordo com as hipóteses de investigação formuladas, encontrando-se apresentados em texto, tabelas e gráficos.

6.2.1. Associação entre os Estilos Parentais e os Níveis de Ansiedade em Crianças com PEA

Com o intuito de analisar a relação entre os estilos parentais e os níveis de ansiedade em crianças com PEA (*H1*) recorreu-se ao teste de Correlação de *Spearman*. Entende-se por níveis de ansiedade a pontuação total obtida no SCARED-R.

Tabela 4

Relação entre os Estilos Parentais e os Níveis de Ansiedade dos seus filhos

	Estilo Parental	SCARED-R
Mãe	Autoritativo	.429
	Autoritário	.300
	Permissivo	.419
Pai	Autoritativo	.762*
	Autoritário	.136
	Permissivo	.377

*A correlação é significativa no nível .05 (2 extremidades).

Os resultados obtidos evidenciaram que, das várias dimensões dos estilos parentais analisadas, o estilo parental autoritativo do pai apresentou uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa com os níveis de ansiedade da criança ($R_s = .762$, $p = .017$).

No que concerne às restantes dimensões dos estilos parentais, embora se tenham verificado algumas correlações positivas de magnitude moderada entre os estilos autoritativo e permissivo da mãe e os níveis de ansiedade, nenhuma dessas associações atingiu significância estatística.

Considerando a hipótese 2 (H2), que propunha a existência de uma relação positiva entre o estilo parental autoritário e os níveis de ansiedade em crianças com PEA, verificou-se que a correlação entre o estilo autoritário da mãe e a pontuação total de ansiedade da criança foi de $R_s = .300$ ($p = .433$) e, no caso do pai, de $R_s = .136$ ($p = .728$). Ambos os coeficientes, embora positivos, são fracos e estatisticamente não significativos, não se observando nesta amostra uma associação robusta entre o estilo parental autoritário, quer da mãe, quer do pai, e os níveis de ansiedade das crianças. Conclui-se que não parece haver nesta amostra uma associação entre o EP autoritário dos pais e das mães com os níveis de ansiedade dos seus filhos.

Relativamente à hipótese 3 (H3), que previa a existência de diferenças nos níveis de ansiedade entre crianças com progenitores de estilo autoritário e crianças com progenitores de estilo autoritativo, a análise dos dados obtidos através do QDEP revelou que o estilo autoritário não se encontra representado de forma significativa na amostra. Com efeito, as médias relativas a este estilo, tanto nas respostas referentes às mães como aos pais, situam-se abaixo do ponto de corte estabelecido, com uma média inferior a 2, o que indica uma fraca expressão deste estilo parental. Face a esta limitação, não é possível proceder à análise comparativa proposta na hipótese, uma vez que a ausência de participantes com estilo autoritário inviabiliza a verificação de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade em função desta variável.

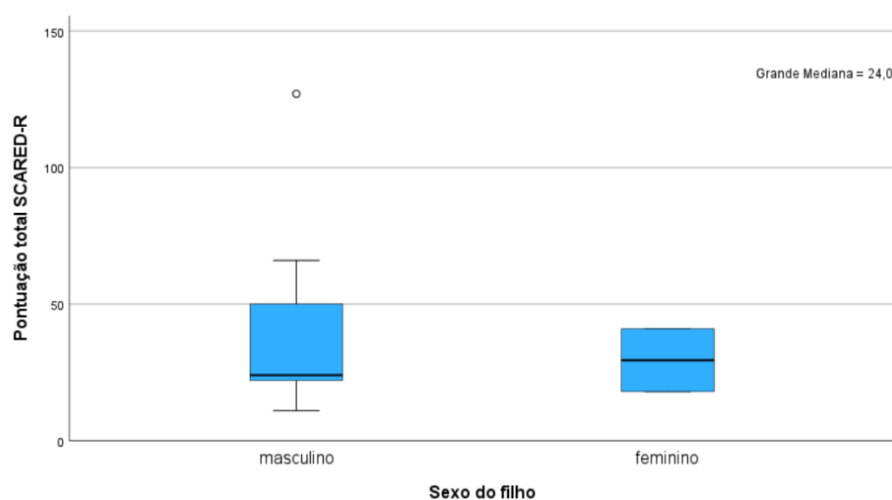
6.2.2 Ansiedade em crianças com PEA

Para averiguar se a sintomatologia de ansiedade varia em função da idade das crianças com PEA (H4), foi realizada uma análise de correlação de *Spearman* entre a idade da criança e a pontuação total no instrumento SCARED-R tendo-se obtido um valor negativo e não significativo ($R_s = -.280$; $p = ns$).

Estes dados sugerem que, na presente amostra, não se observa uma relação estatisticamente significativa entre a idade das crianças e a sintomatologia de ansiedade. Assim, a hipótese H4, que propunha que a ansiedade variaria em função da idade, não foi suportada pelos resultados obtidos

Para analisar se existem diferenças nos níveis de ansiedade de crianças com PEA em função do sexo (H5) foi realizado o teste de *Mann-Whitney*. A distribuição dos resultados pode ser observada no Gráfico 1.

Gráfico 1. Níveis de ansiedade do filho em função do sexo

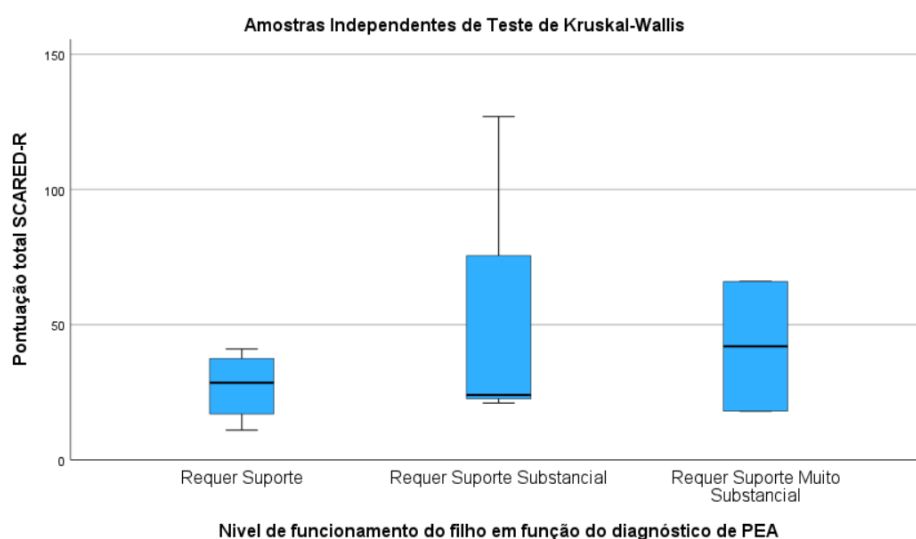


Os resultados demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas ($U = 6.000$; $p = .889$). Verificou-se que a mediana das pontuações foi ligeiramente superior no grupo feminino, embora sem significância estatística, e que o grupo masculino apresentou maior variabilidade nos resultados evidenciada por um *outlier*. Adicionalmente, foi calculado o tamanho do efeito para melhor compreender a magnitude desta diferença, recorrendo ao valor padronizado de Z obtido no teste ($Z = 0,293$). Obteve-se um efeito de $r=0,097$. Este valor indica que a magnitude do efeito das diferenças de sexo na ansiedade das crianças com PEA é

reduzida, reforçando a ausência de diferenças entre grupos na amostra estudada.

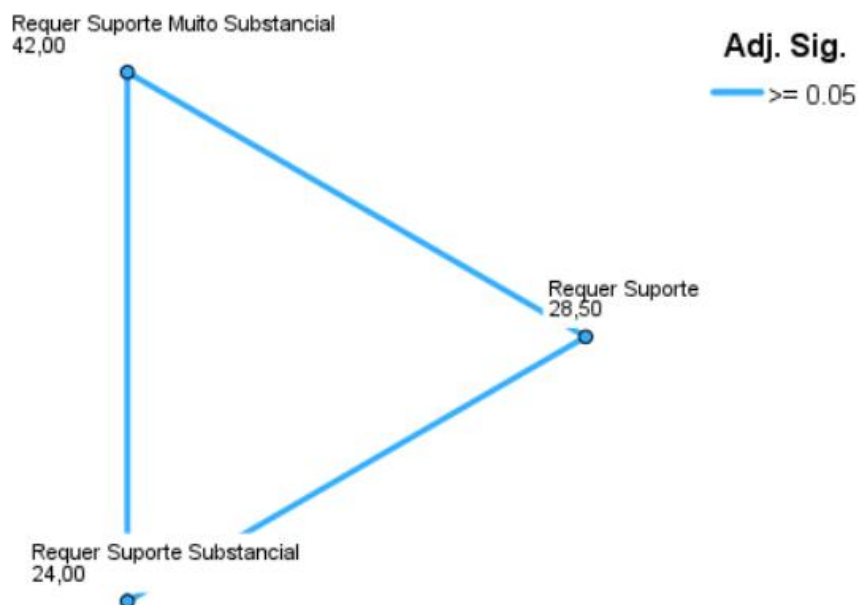
De forma a analisar a existência de diferenças nos níveis de ansiedade de crianças com PEA em função do nível de funcionamento (H6) foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis*. A distribuição de resultados encontra-se no gráfico de caixas (gráfico 2) e no gráfico de postos médios (gráfico 3) abaixo representados

Gráfico 2. Níveis de ansiedade do filho em função do nível de funcionamento



Verifica-se que os grupo de crianças que requerem suporte substancial e suporte muito substancial apresentam uma maior dispersão dos valores da pontuação total do SCARED-R, enquanto o grupo que requer suporte apresenta valores mais concentrados e inferiores. Observa-se ainda que a mediana da pontuação total é mais baixa no grupo que requer suporte substancial, aumentando nos grupos que requerem suporte e suporte muito substancial.

Gráfico 3. Postos médios em função do nível de funcionamento



Observa-se ainda que o grupo Requer Suporte Muito Substancial apresenta o posto médio mais elevado, seguindo do grupo Requer Suporte, sendo o grupo Requer Suporte Substancial aquele com menor posto médio. Contudo, os resultados do teste demonstraram que a variação não é significativa ($H=0.31$; $gl=2$; $p=.856$). Assim, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade em função do nível de funcionamento das crianças. Os dados mostram que os níveis de ansiedade são muito semelhantes independentemente do tipo de suporte que a criança requer.

Capítulo 7. Discussão de Resultados

Os resultados do estudo devem ser lidos à luz da especificidade da população com PEA, sendo que a forma como estas crianças experienciam e expressam a ansiedade pode diferir substancialmente da população neurotípica (Kerns et al., 2014). Adicionalmente, o número reduzido de participantes na amostra final exige de igual forma especial sensibilidade e rigor na interpretação dos resultados. Além disso, a expressão atípica da ansiedade e a dificuldade em comunicar estados internos dificultam a deteção precisa dos sintomas, especialmente por parte dos cuidadores (White et al., 2009). Assim, a relação entre os estilos parentais e ansiedade na PEA exige um olhar mais clínico, individualizado e contextualizado. Esta perspetiva é essencial para compreender tanto a ausência de algumas associações esperadas como a presença de resultados aparentemente contraditórios com a literatura geral. Apesar das limitações associadas à reduzida dimensão da amostra, os resultados ao longo da análise revelam-se pertinentes e justificam reflexão.

A literatura tem vindo a demonstrar que os estilos parentais exercem um papel relevante no desenvolvimento emocional e comportamental de crianças com PEA (Pinquart, 2017). De acordo com o que é descrito por Ku et al. (2019), que identificaram uma tendência para níveis mais elevados de controlo parental em famílias de crianças com PEA, seria expectável que o estilo autoritário estivesse mais representado na presente amostra. No entanto, quando avaliados os estilos parentais através do QDEP, com base na perceção das mães, verificou-se uma predominância do estilo autoritativo. Este estilo caracteriza-se, segundo Baumrind (1971) e Maccoby e Martin (1983), por práticas parentais pautadas pelo afeto, pela comunicação aberta e por uma disciplina consistente e positiva.

Jonovich (2007) defende que práticas parentais marcadas por um elevado controlo e rigidez, típicas do estilo autoritário, podem favorecer o aparecimento de sintomas de ansiedade nas crianças, sobretudo considerando as dificuldades sociais e de interação características desta população. De forma semelhante, McLeod e colaboradores (2007) identificaram uma associação entre estilos parentais mais rígidos e punitivos e níveis mais elevados de ansiedade infantil. No entanto, os resultados obtidos no presente estudo parecem, em certa medida, contrariar estas evidências. Na amostra estudada, não se verificaram relações fortes entre o estilo parental autoritário e os níveis de ansiedade das crianças. Esta discrepância poderá ser justificada, por um lado, pela reduzida dimensão

amostral e, por outro, pela homogeneidade dos estilos parentais presentes na amostra, onde se verificou um claro predomínio do estilo autoritativo, o que poderá ter limitado a variabilidade necessária para detetar relações significativas entre as variáveis em estudo.

Os resultados revelaram que a amostra do presente estudo apresenta médias superiores à população portuguesa em várias dimensões da ansiedade, nomeadamente nas subescalas de Perturbação de Pânico, Fobia Social, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Ansiedade de Separação, assim como na pontuação total. Esta tendência encontra-se em conformidade com o que é evidenciado na literatura, que indica que as crianças com PEA apresentam uma vulnerabilidade aumentada para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa, particularmente nas formas de ansiedade que se manifestam de modo concreto e reativo (Kerns et al., 2014; van Steensel et al., 2011).

No entanto, a análise qualitativa dos itens mais pontuados em cada subescala permitiu compreender melhor a natureza comportamental e situacional dos comportamentos observados pelas mães nas crianças com PEA. Por exemplo, os itens mais elevados na subescala de Perturbação de Pânico (*“quando o meu filho se sente assustado, o coração dele bate depressa”*; *“as pessoas dizem que o meu filho parece nervoso”*) ilustram uma reação fisiológica visível, comum em situações de sobrecarga sensorial, frequentemente experienciadas por crianças com PEA (Green et al., 2012). Estas respostas não devem ser automaticamente interpretadas como sintomatologia clínica de ansiedade, mas antes como manifestações que podem refletir os traços da perturbação.

Na Fobia Social, os itens *“o meu filho não gosta de estar com pessoas desconhecidas”* e *“sente-se envergonhado com pessoas que não conhece bem”* correspondem a comportamentos sociais comuns na PEA, associados às dificuldades de interação social, leitura de pistas sociais e desconforto em contextos sociais não familiares (APA, 2022). Estes comportamentos, apesar de semelhantes aos da fobia social, podem não refletir medo social psicopatológico, mas sim características nucleares da PEA, que envolvem evitamento social.

Também na Ansiedade de Separação, os itens mais pontuados (*“fica com medo quando dorme fora de casa”*; *“preocupa-se se tiver de dormir sozinho”*) sugerem uma necessidade de estabilidade e previsibilidade, típicas em crianças com PEA (White et al. 2009). A resistência à separação pode surgir não tanto de um medo de abandono, como

seria típico na ansiedade de separação, mas da intolerância a mudanças, à quebra da rotina e à ausência da figura cuidadora como reguladora do ambiente, aspetos consistentes com o funcionamento característico da PEA.

No caso da Ansiedade Generalizada, é possível que a sua menor expressão esteja relacionada com a natureza mais abstrata deste tipo de ansiedade, que implica a capacidade de antecipar eventos futuros ou formular preocupações generalizadas, competências cognitivas que podem estar comprometidas em crianças com PEA (Kerns et al., 2014).

Importa ainda destacar que, embora algumas dimensões específicas avaliadas indiquem níveis elevados de ansiedade, o nível global de ansiedade da amostra não sugere a presença de um quadro clínico, de acordo com os critérios definidos por Pereira et al. (2013). Esta divergência realça a necessidade de interpretar os dados cuidadosamente, já que se trata de uma perceção subjetiva da mãe sobre comportamentos associados à ansiedade, e não de uma avaliação clínica ou diagnóstica. Os resultados elevados observados podem estar mais associados ao perfil comportamental da PEA do que a quadros de ansiedade clínica. De facto, muitos dos comportamentos relatados, como rigidez, evitamento social, necessidade de repetição ou desconforto em situações novas, sobrepõem-se aos critérios diagnósticos da ansiedade, mas fazem parte do padrão de funcionamento típico de crianças com autismo (Kerns et al., 2021).

Esta sobreposição levanta questões relevantes sobre a validade dos instrumentos de rastreio de ansiedade utilizados em populações com PEA, que podem não estar suficientemente adaptados para distinguir entre traços do neurodesenvolvimento e sintomas psicopatológicos (Winch et al., 2022). Assim, a avaliação da ansiedade na PEA deve considerar esta ambiguidade e evitar conclusões precipitadas quanto à presença de perturbações de ansiedade, privilegiando uma interpretação contextualizada e multidimensional do comportamento, integrando observação clínica, relatórios familiares e compreensão do perfil do desenvolvimento da criança.

Quanto à relação entre ansiedade com a idade e diferenças entre sexos, os resultados não evidenciaram relações fortes. A literatura refere que a sintomatologia ansiosa pode variar ao longo do desenvolvimento (Kerns et al., 2021), mas na presente amostra a homogeneidade etária e o reduzido número de participantes podem ter condicionado a

deteção de tendências nesse sentido. Esta ausência de relação pode estar condicionada por particularidades no desenvolvimento emocional de crianças com PEA, cuja sintomatologia pode ser influenciada por múltiplos fatores além da idade cronológica. Da mesma forma, não foram verificadas diferenças nos níveis de ansiedade entre rapazes e raparigas, apesar de se verificar níveis de ansiedade ligeiramente superiores no grupo feminino. No entanto, esta observação deve ser interpretada com prudência, uma vez que apenas duas crianças da amostra eram do sexo feminino, o que restringe a generalização dos resultados. A literatura evidencia que raparigas com PEA frequentemente apresentam níveis mais elevados de ansiedade em comparação com os rapazes, manifestando-se esta muitas vezes de forma internalizada (Solomon et al., 2012).

Os resultados do presente estudo mostram que, de forma geral, não foram encontradas associações significativas entre os estilos parentais e os níveis de ansiedade em crianças com PEA (H1) com exceção de uma correlação positiva, forte e significativa entre o estilo parental autoritativo do pai e os níveis de ansiedade da criança. Este resultado, embora significativo, revela-se inesperado, na medida em que o estilo autoritativo é tipicamente correlacionado a menores níveis de ansiedade assim como a melhores indicadores de ajustamento emocional e comportamental (Pinquart, 2017). Por outro lado, os estilos autoritário e permissivo não mostraram associações significativas com os níveis de ansiedade, contrariando algumas evidências que relacionam o estilo autoritário a maiores níveis de ansiedade infantil (McLeod et al., 2007). Uma possível explicação para este resultado poderá estar relacionada com a limitação metodológica associada à avaliação do estilo parental do pai ter sido realizada através de heterorrelato, ou seja, com base na perceção da mãe, o que poderá ter introduzido algum enviesamento nos dados. Este fator constitui uma limitação relevante, uma vez que as perceções subjetivas podem não refletir com precisão o comportamento real do outro progenitor, sendo influenciadas por fatores como a relação conjugal, o envolvimento parental percebido e o próprio estilo parental da mãe (Korelitz & Garber, 2016).

No que respeita à relação entre o estilo parental autoritário e os níveis de ansiedade (H2), não se verificaram relações significativas. Este dado contraria o que é evidenciado pela literatura, como verificado por Van Steensel e colaboradores (2011), onde este estilo mais rígido e punitivo tende a associar-se a maior sintomatologia ansiosa nas crianças. Novamente, a reduzida dimensão amostral e a homogeneidade dos estilos predominantes

na amostra, com predomínio do estilo autoritativo, podem ter limitado a variabilidade necessária para detetar diferenças ou associações mais robustas.

No que se refere à variação da ansiedade em função da idade (H4), não se encontrou qualquer relação significativa. Embora a literatura sugira que a sintomatologia ansiosa possa variar ao longo do desenvolvimento (Gotham et al., 2015) os resultados obtidos não suportaram esta hipótese. Relativamente ao sexo (H5), também não foram verificadas diferenças nos níveis de ansiedade entre rapazes e raparigas, apesar de os níveis de ansiedade se evidenciarem ligeiramente superiores no grupo feminino. Quanto à influência do nível de funcionamento (H6), não se encontraram igualmente diferenças entre os grupos em função do nível de suporte requerido pelas crianças com PEA.

Conclusão e Considerações Finais

Este estudo contribuiu para aprofundar a compreensão sobre a relação entre os estilos parentais e os níveis de ansiedade em crianças com PEA, realçando as particularidades na avaliação de dimensões emocionais, ainda pouco exploradas nesta população. Os resultados mostram que, embora o estilo parental autoritativo seja predominante e se observem níveis elevados em várias dimensões da ansiedade, não se identificaram relações claras entre a maior parte dos estilos parentais e a ansiedade, com a exceção de uma associação positiva entre o estilo autoritativo do pai e os níveis de ansiedade.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam a complexidade da manifestação da ansiedade em crianças com PEA, sugerindo que muitos dos comportamentos relatados pelas mães podem refletir características próprias do espectro, em vez de sintomas clínicos de ansiedade. Esta sobreposição representa um desafio significativo para a avaliação e o diagnóstico. A ausência de padrões consistentes em função de variáveis como a idade, o sexo ou o nível de funcionamento reforça a importância de abordagens individualizadas, capazes de compreender a diversidade emocional presente nesta população. A análise qualitativa dos itens mais pontuados revelou a presença de sintomas específicos, como reações fisiológicas visíveis em situações de sobrecarga sensorial (*“quando o meu filho se sente assustado, o coração dele bate depressa”*), evitamento social perante pessoas desconhecidas (*“o meu filho não gosta de estar com pessoas desconhecidas”*) e dificuldades relacionadas com mudanças na rotina ou separação (*“fica com medo quando dorme fora de casa”*). Estes comportamentos, apesar de semelhantes aos de quadros ansiosos, parecem estar profundamente enraizados nas características da perturbação, o que sublinha a necessidade de uma leitura contextualizada e de respostas clínicas ajustadas ao perfil de cada criança.

É igualmente importante reconhecer as limitações metodológicas que podem ter enviesado os resultados. A utilização de instrumentos de autorrelato e heterorrelato preenchidos pela mãe, poderá ter condicionado a precisão das respostas, uma vez que se trata de medidas indiretas da ansiedade infantil e dos estilos parentais, sujeitas à percepção subjetiva das mães. Fatores como o estado emocional da mãe, o grau de envolvimento parental, a desejabilidade social ou mesmo a representação mental que a mãe tem do pai

podem ter influenciado as respostas, levando a uma possível subestimação ou sobrestimação dos sintomas e práticas parentais (Korelitz & Garber, 2016).

Adicionalmente, o formato dos instrumentos utilizados e o tipo de escala de medida podem não se adequar plenamente às características específicas da população com PEA, cuja expressão emocional e comportamental frequentemente diverge dos padrões típicos considerados nos instrumentos de avaliação convencionais. Este desajuste pode ter contribuído para a contaminação das respostas e a diminuição da validade dos dados recolhidos (Kerns et al., 2020)

Por fim, a pequena dimensão amostral constituiu uma limitação significativa. A reduzida variabilidade nas respostas e a elevada homogeneidade em algumas variáveis, como os estilos parentais predominantes, limitam a possibilidade de detetar padrões relevantes.

Em síntese, os resultados deste estudo devem ser interpretados com prudência, tendo em consideração as limitações metodológicas identificadas. Ainda assim, este estudo é um contributo importante para a compreensão da relação entre estilos parentais e ansiedade infantil no contexto da PEA, apontando para a necessidade de futuras investigações com amostras mais alargadas, instrumentos validados especificamente para esta população e, idealmente, múltiplas fontes de informação, incluindo autorrelatos das crianças e pais, assim como observações clínicas.

Assim, recomenda-se que futuras investigações adotem metodologias que incluam múltiplas fontes de dados, amostras maiores e instrumentos específicos para a população com PEA, visando uma compreensão aprofundada das dinâmicas emocionais e familiares de forma a desenvolver estratégias de intervenção e apoio parental mais eficazes e alinhadas com as necessidades reais das crianças com PEA.

Em síntese, este estudo destaca a importância de uma abordagem contextualizada e multidimensional para a avaliação da ansiedade, ressaltando o papel dos estilos parentais no desenvolvimento emocional de crianças com PEA.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 285-297.
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autism and Asperger syndrome*. Oxford university press.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*, 887-907.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1, Pt. 2), 1-103.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-267.
- Bellini, S. (2004). Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(2), 78-86.
- Bornstein, M. H. (2019). Parenting infants. In *Handbook of parenting* (pp. 3-55). Routledge.
- Bowlby, J. (2008). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic books.
- Brown, J., & Whiten, A. (2000). Imitation, theory of mind and related activities in autism: An observational study of spontaneous behaviour in everyday contexts. *Autism*, 4(2), 185-204.
- Conover, W. J. (1999). *Practical nonparametric statistics*. John Wiley & Sons.
- Darling, N. (1999). Parenting style and its correlates. *ERIC Digest*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED427896.pdf>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Darling, N., & Steinberg, L. (2017). Parenting style as context: An integrative model. In *Interpersonal development* (pp. 161-170). Routledge.
- Darling, N., & Steinberg, L. (2017). Parenting style as context: An integrative model. In *Interpersonal development* (pp. 161-170). Routledge.
- Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental, and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45-59). Oxford University Press.
- Ferreira, A. Verhaeghe, D. R., Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga. (Eds) (2011). Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica. XV Conferência de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp. 1520-1531). Lisboa: SPP.
- Figueiredo, B., & Lamela, D. (2014). Parentalidade e coparentalidade: Conceitos básicos e programas de intervenção. In *CUP Book: Contributos para a intervenção em Psicologia* (pp. xx-xx). Universidade Católica Portuguesa.
- Gillott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, 5(3), 277-286.
- Gillott, A., Furniss, F., & Walter, A. (2001). Anxiety in high-functioning

children with autism. *Autism*, 5(3), 277-286.

Goodman, R., Stevenson, J., & Oomen, M. (1997). The validity of parent, teacher, and child psychiatric symptom scores: A multitrait-multimethod analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(3), 141-151.

<https://doi.org/10.1023/A:1025751207143>

Gotham, K., Bishop, S. L., Hus, V., Huerta, M., Lund, S., Buja, A., ... & Lord, C. (2013). Exploring the relationship between anxiety and insistence on sameness in autism spectrum disorders. *Autism Research*, 6(1), 33-41.

Gotham, K., Brunwasser, S. M., & Lord, C. (2015). Depressive and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism spectrum disorder and developmental delay. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 369-376.

Green, S. A., Ben-Sasson, A., Soto, T. W., & Carter, A. S. (2012). Anxiety and sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders: Bidirectional effects across time. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(6), 1112-1119.

Hall, H. R., & Graff, C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 34(1), 4-25. <http://dx.doi.org/10.3109/01460862.2011.555270>

Hallett, V., Ronald, A., Colvert, E., Ames, C., Woodhouse, E., Lietz, S., ... & Happé, F. (2013). Exploring anxiety symptoms in a large-scale twin study of children with autism spectrum disorders, their co-twins and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(11), 1176-1185.

Harper, A., Dyches, T. T., Harper, J., Roper, S. O., & South, M. (2013). Respite care, marital quality, and stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(11), 2604-2616.

Hauck, M., Fein, D., Waterhouse, L., & Feinstein, C. (1995). Social initiations by autistic children to adults and other children. *Journal of autism and developmental disorders*, 25(6), 579-595.

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43, 629-642.

Jonovich, S. J. (2007). Parenting children with autism spectrum disorder: A qualitative exploration of the experiences of mothers [Doctoral dissertation, University of Toledo]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(6-B), 4194.

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

Kerns, C. M., & Kendall, P. C. (2012). The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(4), 323.

Kerns, C. M., Kendall, P. C., Berry, L., Souders, M. C., Franklin, M. E., Schultz, R. T., ... & Herrington, J. (2014). Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2851-2861.

Kerns, C. M., Winder-Patel, B., Iosif, A. M., Nordahl, C. W., Heath, B., Solomon, M., & Amaral, D. G. (2021). Clinically significant anxiety in children with autism spectrum disorder and varied intellectual functioning. *Journal of Clinical Child*

& *Adolescent Psychology*, 50(6), 780–795.

Korelitz, K. E., & Garber, J. (2016). Congruence of parents' and children's perceptions of parenting: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 1973–1995.

Ku, B. H., Han, S. M., & Lee, E. J. (2019). Parenting stress and parenting practices in parents of children with autism spectrum disorder in South Korea. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2), 254–265. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0827-2>

Lauritsen, M. B. (2013). Autism spectrum disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 22, 37-42.

Lord, C., Brugha, T., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., ... & Taylor, J. L. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)

Maccoby, E. E. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology*, 4.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 1–101). Wiley.

Maciel-Portes, J. R., Lima Carvalho-Amorim, M. V., & Vieira, M. L. (2022). Estilos parentais, coparentalidade e problemas de comportamento em crianças com autismo: Estudo correlacional. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 78–89.

Manuela, J., Carneiro, O., Professora, O., Madalena, D., & Oliveira, S. (2023). Estilos parentais: Adaptação ao contexto português do IEP. *Revista de Psicologia e Educação*.

Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS*. Escolar Editora.

Maskey, M., Warnell, F., Parr, J. R., Le Couteur, A., & McConachie, H. (2013). Emotional and behavioural problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43, 851-859.

McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155–172. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>

Nunes, C., & Mota, C. P. (2013). Estilos parentais: Adaptação e validação do Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Version (PSDQ) para a população portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 617–623. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000300027>

O’Nions, E., Happé, F., Evers, K., Boonen, H., & Noens, I. (2018). How do parents manage irritability, challenging behaviour, non-compliance and anxiety in children with autism spectrum disorders? A meta-synthesis. *Journal of autism and developmental disorders*, 48, 1272-1286.

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

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

Pereira, A. I., Barros, L., & Neves, M. (2011). A avaliação de sintomatologia de

ansiedade em crianças na perspectiva da criança e dos pais: desenvolvimento das versões portuguesas do Scared-R. In A. S.

Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage & Family Review*, 53(7), 613–640. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>

Portes, J. R. M., Vieira, M. L., Souza, C. D. S., & Kaszubowski, E. (2020). Parental styles and coparenting in families with children with autism: Cluster analysis of children's behavior. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e190143. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e190143>

Pottie, C. G., & Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: a multilevel modeling approach. *Journal of family psychology*, 22(6), 855.

Pottie, C. G., & Ingram, K. M. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: a multilevel modeling approach. *Journal of family psychology*, 22(6), 855.

Relvas, A. P. (1997). O ciclo vital da família. Lisboa: Editorial Presença.

Robinson, C. C. (2001). The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). *Handbook of family measurement techniques*, 3, 319.

Rodrigues, L., & Diogo, P. (2002). Os estilos parentais: Determinantes no desenvolvimento da criança e na sua capacidade de enfrentar a doença e hospitalização. *Revista Bimestral de Enfermagem e Informação Geral*, 12–20.

Rogers, S. J. (2000). Interventions that facilitate socialization in children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 30(5), 399-409.

Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). Autism and attachment: a meta-analytic review. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 45(6), 1123-1134.

Serrano, A. M. (2007). Redes Sociais de apoio e sua relevância para a Intervenção Precoce. Porto: Porto Editora.

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.

Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2012). Adults with autism: Outcomes, family effects, and the multi-family group psychoeducation model. *Current psychiatry reports*, 14(6), 732-738.

Solomon, M., Miller, M., Taylor, S. L., Hinshaw, S. P., & Carter, C. S. (2012). Autism symptoms and internalizing psychopathology in girls and boys with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(1), 48-59.

South, M., Brewe, A., Kerns, C. M., & White, S. (2022). Autism Spectrum Disorder versus anxiety disorders. In *Differential diagnosis of autism spectrum disorder* (pp. 105–xxx). [Editora não especificada].

Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 47-62.

Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 47-62.

Thiele-Swift, H. N., & Dorstyn, D. S. (2024). Anxiety prevalence in Youth with Autism: A systematic review and Meta-analysis of Methodological and Sample moderators. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-14.

Van Steensel, F. J., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. *Clinical*

Child and Family Psychology Review, 14, 302–317.

Vasa, R. A., & Mazurek, M. O. (2015). An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(2), 83–90.

Vivanti, G. (2020). Ask the editor: What is the most appropriate way to talk about individuals with a diagnosis of autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 691–693. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04280-x>

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216–229.

Winch, A. T., Klaver, S. J., Simpson, S., Calub, C. A., & Alexander, K. (2022). Identifying and treating anxiety in youth with autism spectrum disorder/intellectual developmental disorder: a review. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 7(1), 160-172.

Wood, J. J., & Gadow, K. D. (2010). Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 281.

ANEXOS

Anexo A. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

O presente questionário faz parte de um estudo sobre os estilos parentais e ansiedade em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). A sua participação é fundamental para o desenvolvimento desta investigação, que tem como objetivo aprofundar a compreensão da manifestação de ansiedade em crianças com PEA, visando promover o seu bem-estar e desenvolver estratégias de apoio para as famílias. O questionário é totalmente confidencial e todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa. Agradeço antecipadamente a colaboração.

1. Dados do Respondente

Idade: _____

Grau de parentesco: _____

Nacionalidade: _____

2. Dados da Criança

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Nacionalidade: _____

3. Situação Familiar

Estado civil do respondente: (coloque um X na resposta correspondente)

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

União de facto

4. Diagnóstico Clínico

4.1.) Qual é o nível de funcionamento da criança em função do diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo?

Nível 1: **Requer suporte** (dificuldades na comunicação social e comportamentos restritos/repetitivos que interferem com a vida diária)

Nível 2: **Requer suporte substancial** (défices marcados na comunicação social mesmo com suporte no local comportamentos restritos/repetitivos que interferem significativamente com a vida diária e aparecem com suficiente frequência para serem óbvios ao observador casual)

Nível 3: **Requer suporte muito substancial** (dificuldades graves na comunicação social e comportamentos restritos/repetitivos que interferem severamente com a vida diária)

4.2.) Além do diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, existe alguma outra condição médica ou doença significativa a considerar?

Sim Não

Se sim, qual o diagnóstico? _____

Anexo B. Solicitação e Autorização de Acesso aos Instrumentos QDEP e SCARED-R

B **Beatriz Andrade Rocha** <41379@ufp.edu.pt>
para aipereira ▾ sexta, 8/11/2024, 08:16 ☆ ↶ ⋮

Exma. Doutora Ana Isabel Pereira,

O meu nome é Beatriz Rocha, e sou aluna do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa, no Porto. No âmbito da minha dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Susana Marinho, pretendo desenvolver um estudo com o objetivo de verificar a influência dos estilos parentais nos níveis de ansiedade em crianças diagnosticadas com Perturbação do Espectro do Autismo. De forma a avaliar a variável ansiedade neste contexto, gostaria de solicitar acesso à versão de heterorrelato da Escala SCARED-R (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised) adaptada e validada para a população portuguesa, destinada à avaliação de ansiedade em crianças. Considero este instrumento fundamental para a análise rigorosa e validação dos dados no contexto da amostra em estudo.

Gostaria, portanto, de solicitar o acesso a esta versão da Escala SCARED-R, bem como a devida autorização para a sua utilização no meu estudo. Caso necessário, estou inteiramente à disposição para fornecer informações adicionais acerca da investigação.

Desde já agradeço a sua atenção e disponibilidade, e reitero a minha inteira disposição para fornecer qualquer esclarecimento adicional sobre a pesquisa.

Com os melhores cumprimentos e elevada consideração,

Beatriz Rocha

A **Ana Isabel Pereira** <aipereira@psicologia.ulisboa.pt>
para mim ▾ sexta, 8/11/2024, 09:39 ★ ↶ ⋮

Bom dia Beatriz

Envio a medida e a ficha que a ajudará a fazer a cotação.

Autorizo a sua utilização no seu estudo.

Votos de um bom trabalho!

Ana Pereira

B **Beatriz Andrade Rocha** <41379@ufp.edu.pt>
para mmpedro, Susana, elsa.carapito, mteresaribeiro ▾ segunda, 9/12/2024, 12:11 ☆ ↶ ⋮

Exmas. Dotoras,

O meu nome é Beatriz Rocha e sou aluna do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa, no Porto. No âmbito da minha dissertação de mestrado, orientada pela Professora Doutora Susana Marinho, pretendo desenvolver um estudo cujo objetivo é analisar a influência dos estilos parentais nos níveis de ansiedade em crianças com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, sendo que a avaliação dos estilos parentais constitui uma dimensão central para a concretização deste trabalho.

Para esse propósito, considerei o QDEP (Questionário de Dimensões e Estilos Parentais), versão portuguesa do PSDQ, como o instrumento mais adequado para a recolha de dados, dada a sua validade e precisão para a amostra pretendida. Assim, gostaria de solicitar o acesso a esta versão do instrumento, bem como a devida autorização para a sua utilização no meu estudo.

Saliento que a obtenção do instrumento é essencial para dar início à fase de recolha de dados, cujo prazo é limitado no contexto do meu cronograma académico. Nesse sentido, agradeço antecipadamente a vossa disponibilidade e fico a aguardar uma resposta.

Estou inteiramente disponível para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais sobre a investigação e reitero a minha gratidão pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Beatriz Rocha

A **Elsa Carapito** <elsa.carapito@gmail.com>
para mim, mmpedro, Susana, mteresaribeiro ▾ terça, 10/12/2024, 08:44 ☆ ↶ ⋮

Bom dia, Beatriz!

Agradecemos o seu interesse pelo QDEP e autorizamos a sua aplicação no contexto que identificou. Reforço, no entanto, que não tenho conhecimento da aplicação do QDEP em amostras de pais de crianças com o diagnóstico que identificou.

Envio, em anexo, os questionários (versão mãe e versão pai), assim como a folha de cotação. Recomendo a leitura do artigo de validação (apenas da versão de auto-relato) onde se explicam os procedimentos estatísticos adotados para a nossa amostra (alguns itens não saturaram nos estilos previstos).

Votos de bom trabalho,

Elsa Carapito

...

Anexo C. Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para a concretização do estudo



Universidade Fernando Pessoa

Das colheitas à semente e orichedra (=)
[Handwritten signature]
27.01.2025

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Pedro Reis
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/MPCS – 651/24-2	23 de Janeiro de 2025

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética analisou a ressubmissão do projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentado por Beatriz Andrade Rocha, intitulado "Estilos Parentais e Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo Exploratório".

O objetivo geral do projeto é verificar a influência dos estilos parentais nos níveis de ansiedade de crianças com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. Tem, ainda, como objetivos específicos: analisar a associação entre estilos parentais e os níveis de ansiedade em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo; avaliar se determinados estilos parentais são preditores de sintomas específicos de ansiedade nas crianças; verificar quais são os estilos parentais predominantes em função do nível de funcionamento da criança; analisar a sintomatologia de ansiedade em crianças com PEA em função da idade e do sexo.

Todos os esclarecimentos solicitados no ofício anterior foram fornecidos.

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

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

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA [REITORIA] - [FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA] - [FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS]

Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 (chamada para a rede fixa nacional)

[FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE] [Rua Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630 (chamada para a rede fixa nacional)]

<https://www.ufp.pt> - geral@fundacaofernandopessoa.pt

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua Delfim Maia, 334 - 4200-253 Porto - Portugal

T. +351 22 509 6371 (chamada para a rede fixa nacional)

<https://ess.fernandopessoa.pt> - geral@ess.fernandopessoa.pt

Anexo D. Declaração de Autorização Elaborada para a Realização do Estudo na Instituição

Declaração de Autorização para Realização de Estudo Académico-Científico

Eu, Beatriz Andrade Rocha, solicito à instituição O2A - Centro de Terapia e Desenvolvimento, situada na Rua do Monte dos Burgos, 1074, 4250-314 Porto, autorização para a recolha de dados para a realização do estudo intitulado “**A Influência dos Estilos Parentais nos Níveis de Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo**”, sob a orientação da Professora Doutora Susana Marinho.

O estudo tem como objetivo investigar a relação entre os estilos parentais adotados pelos pais de crianças diagnosticadas com Perturbação do Espectro do Autismo e os níveis de ansiedade dessas crianças. Compreender a forma como os diferentes estilos parentais influenciam a ansiedade permitirá desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes, ajustadas às necessidades específicas das crianças e das famílias. A investigação faz recurso a um questionário sociodemográfico construído pela investigadora, assim como aos instrumentos QDEP e SCARED-R validados para a população portuguesa. Os instrumentos serão preenchidos pelos pais das crianças com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, acompanhadas na O2A - Centro de Terapia e Desenvolvimento, respeitando sempre as normas éticas e de confidencialidade estabelecidas para este tipo de investigação.

Este estudo faz parte do trabalho necessário para a conclusão da unidade curricular anual de Dissertação, exigida para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.

Gostaria de salientar que a realização deste estudo pode trazer benefícios significativos à O2A - Centro de Terapia e Desenvolvimento, nomeadamente:

- Os resultados poderão contribuir para a compreensão das necessidades das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, oferecendo uma visão atualizada sobre a influência dos estilos parentais nos níveis de ansiedade. Estes dados podem servir de base para futuras intervenções clínicas, promovendo abordagens mais eficazes e direcionadas.

Estilos Parentais e Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo Exploratório

- A análise dos estilos parentais poderá permitir uma melhor adaptação das estratégias de apoio e intervenção utilizadas na clínica, ajudando a alinhar as práticas terapêuticas com as características individuais e familiares dos utentes.
- A participação neste estudo poderá destacar o compromisso da O2A - Centro de Terapia e Desenvolvimento com a investigação científica, ação formativa e a promoção da saúde mental, reforçando a sua imagem como um centro de referência no apoio a crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

Declaro que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, e que a participação dos pais será totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Agradeço desde já a atenção e a colaboração da O2A - Centro de Terapia e Desenvolvimento na realização deste projeto, que considero de grande relevância tanto para a investigação científica como para a prática clínica.

Atentamente,

Beatriz Andrade Rocha

Porto, 19/11/2024

Assinatura: _____

Declaração de Autorização para Realização de Estudo Acadêmico-Científico

Eu ALDA MURCIA MORA COELHO,
na qualidade de Diretora Clínica do O2A – Centro de Terapia e Desenvolvimento,
autorizo que a recolha de dados no âmbito do estudo de investigação “*A Influência dos Estilos Parentais nos Níveis de Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*” seja realizada nesta instituição. A investigação terá contributos positivos para o O2A – Centro de Terapia e Desenvolvimento, não só para a avaliação das necessidades dos utentes, como na melhoria e ajustamento das estratégias de intervenção.

O(A) Responsável pela instituição:

Alma Coelho
22 de Novembro de 2024

Investigador(a) responsável:

Beatriz Andrade Rocha
(Beatriz Andrade Rocha)

Anexo E. Carta explicativa do estudo fornecida aos participantes

Caro(a) Encarregado(a) de Educação,

O meu nome é Beatriz Rocha, sou licenciada em Psicologia pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, no Porto, onde atualmente frequento o 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Atualmente encontro-me a realizar o meu estágio curricular no _____ No âmbito do meu percurso académico, estou a desenvolver um trabalho científico para a realização da minha dissertação de mestrado que se intitula “Estilos Parentais e Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo – Um Estudo Exploratório”.

Este estudo dedica-se à avaliação da ansiedade em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), permitindo, futuramente, melhorar estratégias de intervenção e apoio às famílias, assim como promover o bem-estar das crianças. O estudo visa, também, oferecer uma base para o desenvolvimento de práticas terapêuticas mais personalizadas e sensíveis às necessidades específicas de cada criança, promovendo, assim, o seu desenvolvimento global e qualidade de vida. Trata-se de uma investigação de carácter científico e académico, sendo um requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

A sua colaboração é, por isso, de grande importância e seria uma valiosa contribuição para o avanço do conhecimento nesta área tão relevante. Para participar, será solicitado o preenchimento de um formulário sociodemográfico e dois questionários validados para a população portuguesa: o QDEP (Questionário de Estilos Parentais) e o SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*). Estes instrumentos são **confidenciais, simples e rápidos**, estimando-se que o preenchimento demore cerca de 5 a 10 minutos.

Para maior conveniência, poderá preencher os questionários enquanto aguarda o término da sessão do(a) seu(sua) filho(a) no _____. A sua participação é **voluntária**, podendo desistir a qualquer momento sem quaisquer implicações e todas as informações serão tratadas de forma **anónima** e exclusivamente para fins científicos, garantindo total confidencialidade e ética no tratamento dos dados.

Se tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o estudo, estarei disponível para esclarecimentos no _____ ou através do seguinte contacto: **41379@ufp.edu.pt**

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e interesse em participar, contribuindo para a realização deste trabalho académico e para a ampliação do conhecimento na área da psicologia.

Com os melhores cumprimentos,

Beatriz Rocha

Anexo F. Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Estilos Parentais e Ansiedade em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo – Um Estudo Exploratório

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.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome: Beatriz Andrade Rocha

Assinatura: 