



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

ANNA MAYRA TEÓFILO SOULAT

**PERDÃO INTERPESSOAL E ANSIEDADE EM MÃES DE AUTISTAS POR
INJURIAS PERCEBIDAS CONTRA SEUS(SUAS) FILHOS(AS)**

JOÃO PESSOA-PB

JUNHO DE 2025

ANNA MAYRA TEÓFILO SOULAT

**PERDÃO INTERPESSOAL E ANSIEDADE EM MÃES DE AUTISTAS POR
INJUSTIÇAS PERCEBIDAS CONTRA SEUS(SUAS) FILHOS(AS).**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS/UFPB) como requisito para obtenção do título de Doutora.

Orientador: Professor Dr. Júlio Rique Neto.

João Pessoa - PB

JUNHO de 2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S722p Soulat, Anna Mayra Teófilo.

Perdão interpessoal e ansiedade em mães de autistas
por injustiças percebidas contra seus(suas) filhos(as)
/ Anna Mayra Teófilo Soulat. - João Pessoa, 2025.
121 f. : il.

Orientação: Júlio Rique Neto.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.


1. Psicologia social - Autismo. 2. Perdão
interpessoal. 3. Ansiedade. 4. Mães de autista. 5. Mães
neurotípica. I. Rique Neto, Júlio. II. Título.

UFPB/BC


CDU 316.6:616.896(043)

ATA DE DEFESA DE TESE


Aos vinte dias do mês de junho de dois mil e vinte e cinco, de modo presencial na sala 01 do PPGPS, reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (CCHLA/UFPB), para a defesa de Tese da aluna **ANNA MAYRA TEÓFILO SOULAT** – mat. 20211014075 (orientando(a), UFPB, CPF: 051.002.284-74). Foram componentes da banca examinadora: Prof.^(a) Dr.^(a) **JULIO RIQUE NETO** (UFPB, Orientador, CPF: 293.212.634-20), Prof.^(a) Dr.^(a) **ROMULO LUSTOSA PIMENTEIRA DE MELO** (UFPB, Membro Interno ao Programa, CPF: 058.928.264-65), Prof.^(a) Dr.^(a) **ELOÁ LOSANO DE ABREU** (UFPB, Membro Externo ao Programa, CPF: 057.883.444-84) e Prof.^(a) Dr.^(a) **LIVIA BRAGA DE SA COSTA** (USP, Membro Externo à Instituição, CPF: 054.763.864-75). Na cerimônia compareceram, além do(a) examinado(a), alunos de pós-graduação, representantes dos corpos docente e discente da Universidade Federal da Paraíba e interessados em geral. Dando início aos trabalhos, o(a) presidente da banca, Prof.^(a) Dr.^(a) **JULIO RIQUE NETO**, após declarar o objetivo da reunião, apresentou o(a) examinado(a) **ANNA MAYRA TEÓFILO SOULAT** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que discorresse sobre seu trabalho, intitulado: "**PERDÃO INTERPESSOAL E ANSIEDADE EM MÃES DE AUTISTAS POR INJUSTIÇAS PERCEBIDAS CONTRA SEUS(SUAS) FILHOS(AS)**". Passando então ao aludido tema, a aluna foi, em seguida, arguida pelos examinadores na forma regimental. Ato contínuo, passou a comissão, em secreto, a proceder a avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito de "**APROVADA**", o qual foi proclamado pelo(a) presidente da banca, logo que retornou ao recinto da solenidade pública. Nada mais havendo a tratar, eu, Paulo Cesar Zambroni de Souza, Vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos assino juntamente com os membros da banca. João Pessoa, 20 de junho de 2025.

Documento assinado digitalmente
 **JULIO RIQUE NETO**
Data: 02/07/2025 10:55:09-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof. Dr. **JÚLIO RIQUE NETO**

Documento assinado digitalmente
 **ELOA LOSANO DE ABREU**
Data: 11/07/2025 09:57:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof.^(a) Dr.^(a) **ELOÁ LOSANO DE ABREU**

Documento assinado digitalmente
 **ROMULO LUSTOSA PIMENTEIRA DE MELO**
Data: 10/07/2025 15:58:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. **ROMULO LUSTOSA
PIMENTEIRA DE MELO**

Documento assinado digitalmente
 **LIVIA BRAGA DE SA COSTA**
Data: 08/07/2025 09:02:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^(a) Dr.^(a) **LIVIA BRAGA DE SA
COSTA**

Documento assinado digitalmente
 **PAULO CESAR ZAMBRONI DE SOUZA**
Data: 14/07/2025 14:11:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. **PAULO C. ZAMBRONI DE SOUZA**
VICE-COORDENADOR DO PPGPS

“Aquele que cede ante ao obstáculo, que desiste diante da dificuldade, já perdeu a batalha sem a ter enfrentado. Não raro, o obstáculo e a dificuldade são mais aparentes que reais, mais ameaçadores que impeditivos. Só se pode avaliar após o enfrentamento. Ademais, cada vitória conseguida se torna aprimoramento da forma de vencer e cada derrota ensina a maneira como não se deve tentar a luta. Essa conquista é proporcionada mediante o esforço de prosseguir em desfalecimento e insistir após cada pequeno ou grande insucesso. O objetivo deve ser conquistado e, para tanto, a coragem do esforço contínuo é indispensável. Muitas vezes será necessário parar para refletir, recuar para renovar as forças e avançar sempre. É uma salutar estratégia aquela que faculta perder agora o que é de pequena monta para ganhar resultados permanentes e de valor expressivo depois”

Joana de Angelis

고생 끝에 낙이 온다

“No fim da dificuldade, há a felicidade”



Uma ode à Eva e Maya, meu corpo, alma e perispírito; aquelas que me devolveram a vida, me ensinaram o maternar atípico, e motivaram a construção desse trabalho. Não só a pesquisa, mas, toda minha vida, dedico a vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua incomensurável bondade e misericórdia, reveladas em toda minha existência, especificamente quando da elaboração desta tese, ao me encher de resiliência, diante das adversidades vivenciadas, dando-me força e proporcionando minha maturidade.

Às minhas filhas, Eva e Maya, por terem realizado meu sonho de ser mãe, por me encherem de amor incondicional e imensurável, por fazerem, todos os dias, meu coração sentir cosquinhas de alegria só de vê-las. Não sei se categorizo vocês como benção, sorte, propósito ou todas essas opções juntas, eu amo vocês.

Aos meus pais, Arnaldo Teófilo, e especialmente a minha mãe, Fátima Araújo, por nunca medirem esforços para que eu me tornasse a pessoa e a profissional que hoje sou. Mainha, eu devoto toda minha gratidão por se dedicar à realização de todos os meus sonhos e, hoje, os de Eva e Maya também, pelo amor incondicional, e por acreditar em meu potencial, sempre e sem nunca olvidar.

À minha irmã, Aiza Teófilo, obrigada pela companhia de toda uma vida.

À Olivier Soulat, por exercer sua função de pai com maestria, por ter suprido minha ausência com Eva e Maya durante os momentos mais críticos da elaboração dessa tese, por ter me impulsionado quando pensei em desistir, por não ter largado nem minha mão e nem a das gêmeas durante esse processo.

Às minhas amigas Emanuelle Monique Moura de Andrade, Greice Rocha Cruz Moreira, Janaína Pereira Daniel Farias, Laiza Tavares Alcântara de Pontes e Manuela Farias de Moura Rezende por, literalmente, ter ido para campo junto comigo. Com vocês eu aprendi que empatia não é algo raro hoje em dia, como as pessoas insistem em dizer.

Às minhas amigas Ana Flávia, Anna Larissa, Bárbara Palitot, Fernanda Medeiros, Julianne Costa, Maria do Rosário, Nataline Lima, Nicole Leite pelo tempo e amizade dedicados, com empenho, há quase duas décadas.

Às minhas amigas “clínica” Priscila Olda, Maíra Alcoforado, Marina Alcoforado e Naíla Fontella, obrigada pela amizade sempre manifestada com muito acolhimento e amor.

Às minhas amigas Ana Cândida, Danielle Mendes, Kelly Samara, [Laiza Alcântara], Wanessa Cunha, obrigada por terem trazido leveza a minha vida e arrancarem meus melhores sorrisos durante o processo de finalização desse trabalho. Não deixo vocês nunca mais.

Às minhas amigas da Uninassau que me ajudaram participando no processo desse sonho: Agnise Martins, Alise Sousa, Ana Carla Palmeira, Andreza Carvalho, Bárbara Eloy, Elisandra Lima, Flávia Oliveira, Jeniffer Santos, Luciana Fernandes, Manu Azevedo, Marlice Ponath, Roberta Peçanha.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Júlio Rique Neto, por levar a sério o serviço público, o ensino e a pesquisa, e por ter transformado o que deveria ter sido trauma em exemplo de proatividade, empatia e partilha. Eu irei realizar meu sonho e da minha mãe de ser Doutora graças a ti, Júlio.

Aos Professores Doutores Eloá Losano de Abreu, Livia Braga de Sá Costa, Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo por terem lido com afinco o trabalho e sugerido o

preenchimento das lacunas encontradas ao longo do caminho, o empenho de vocês tem me ensinado não apenas sobre conhecimento acadêmico como também postura profissional.

Aos Professores Doutores que ministraram aula, mesmo em período pandêmico, para se concretizar a grade curricular desse Doutorado: Anderson, Carlos Eduardo Pimentel, Cícero Roberto Pereira, Fabíola de Sousa Braz Aquino, Julio Rique Neto, Paulo Cesar Zambroni de Souza, minha eterna gratidão pela partilha e ensinamento.

Ao programa de Pós-Graduação de Psicologia Social da UFPB, na pessoa do seu Coordenador Prof. Dr. Júlio Rique Neto e na pessoa da Sra. Denize Barreto Rocha que, com sua presteza e disponibilidade, sempre me ajudaram a resolver todas as questões burocráticas desta tese.

À minha rede de apoio, minha tia Iris Mary Rodrigues que sempre quando está em João Pessoa me deixa respirar, e minhas funcionárias Máirla Feitosa de Oliveira, Nely Nunes e Severina Telma Brito dos Santos.

Às 96 mães, típicas e atípicas, que disponibilizaram seu tempo para responder, seja individualmente ou coletivamente, presencial ou “online”, os instrumentos envolvidos à construção dos dados dessa pesquisa.

Às clínicas “acolher espaço terapêutico”, “educamente”, “nexo espaço terapêutico”, “semear” e “reabilitar kids” por terem aberto as portas de seus espaços e terem tido a sensibilidade de abraçarem a importância da causa dessa pesquisa juntamente comigo.

Aos meus educadores físicos, que sempre cuidam da minha saúde física com cuidado e proatividade, Carla Andrade, Emerson Cavalcante, Emilene Figueiredo, Gerson Dantas, Glenan Megda, Jhonathan Kelvin, Vinícius Santos, Wamberto Ney e Heron Ramon, na organização de toda estrutura.

A todos que, de alguma forma, contribuíram à construção desta tese, ou apenas me acolheram durante os anos desse processo, minha eterna gratidão, meus mais sinceros agradecimentos!!!!

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2025,

Carta Aberta ao Meu Orientador: Prof. Doutor Júlio Ríque Neto,

Professor é uma palavra de origem latina “*professus*” e, diante de seus vários significados, pode ter um sentido semântico de “trazer a frente”, “declarar”, “apresentar”. Orientador, também do latim, pode significar “leste” ou “a parte do céu por onde nasce o sol”.

Meu orientador, Dr. Júlio, foi aquele que me impulsionou para frente, se tornando o sol que resplandece no céu. O que deveria ter se tornado trauma, foi ressignificado por alguém que leva a sério o serviço público, o ensino, a pesquisa.

Obrigada!!!! Por mesmo cirurgado, de férias, em datas comemorativas não ter largado minha mão, me conduzindo sempre com muita paciência, amor fraterno e empatia, como um professor e psicólogo deve ser (aqui, refiro-me ao comportamento e não ao atendimento em datas não oportunas).

Se um dia eu entrar em uma sala de aula novamente, como docente, terei orgulho e me sentirei motivada, pois nesses dois anos, construí um arquétipo ideal de como a docência deve ser, através de suas ações.

E essa carta aberta modificará a estrutura dos agradecimentos contemporâneos, porque flexibilizar as vezes é preciso; porque é o que eu sinto; porque eu precisava exteriorizar.

Muito obrigada, Júlio querido, serei grata sempre!

Que sorte tê-lo chamado de orientador até hoje (e para sempre).

Com muito carinho,

Anna Teófilo =)

RESUMO

O objetivo desta tese foi investigar a relação entre o perdão interpessoal e a ansiedade em mães de crianças autistas e mães de crianças típicas por injustiças percebidas contra seus(suas) filhos(as). Para tanto, uma abordagem de método misto, quantitativa e qualitativa, foi usada para explorar e comparar o perdão interpessoal e a ansiedade materna em mães de crianças com transtorno do espectro autista e mães de crianças neurotípicas. Os dados foram obtidos pela Escala de Perdão de Enright-30 (Enright et al., 2022), o Inventário do Estado de Ansiedade (Spielberger et al; 1979, validado no Português por Biaggio & Natalício, 2003), a Escala de Desejabilidade Social (Crowne & Marlowe, 1960; Gouveia et al., 2009) e, além desses instrumentos já consolidados internacionalmente, também foi construído um instrumento envolto à análise dos dados sociodemográficos. A tese foi dividida em duas fases, a bibliográfica e a empírica. A primeira parte, bibliográfica, apresentou três revisões bibliográficas, a saber: (1) Vicissitudes do maternar neuroatípico: sobre o autismo e as injustiças, discriminações, exclusões sociais do maternar autista; (2) Saúde mental e ansiedade no maternar atípico (TEA) e (3) Definição, teoria e estudos clínicos do perdão interpessoal. Para a segunda parte, empírica, a amostra da pesquisa contou com 96 mães, restando 86, a saber, 42 mães de crianças com TEA e 44 mães de crianças neurotípicas. Essas mães foram divididas em dois grupos, a partir dos dados obtidos na triagem, Grupo de mães TEA (G1) e Grupo de mães NTPS (G2). O grupo 1 (mães TEA), quando comparado ao grupo 2 (mães NTPS), não apenas apresentou contexto e frequência diferentes do perdão interpessoal, como também apresentou maior percepção de mágoa, menor grau de perdão, e um impacto negativo na ansiedade de estado e especialmente de traço, provavelmente em razão de um maior quantitativo de injustiças experienciadas pelo seu tipo de maternar. Mães TEA tiveram uma maior ansiedade de traço e estado quando comparadas às mães NTPS, isso porque, o maternar neurodiverso já é *per se* mais ansioso quando comparado ao maternar típico. Assim, a pesquisa elucidou a importância do perdão interpessoal como mecanismo potencial de enfrentamento à ansiedade materna (TEA) e sugeriu o enfoque da ansiedade em mães TEA como uma realidade relacionada ao estigma e exclusão social vivenciados por essas mães. As implicações dos resultados que envolvem o perdão interpessoal e a ansiedade em mães (TEA) e mães (NTPS) estão apresentadas na discussão. O estudo apresentou como lacuna o não controle da idade das mães e idade/sexo das crianças e a não aplicabilidade/desenvoltura da psicoterapia do perdão em mães com alto índice de mágoa/raiva e com alto índice de ansiedade, especialmente ansiedade de traço. Assim, uma vez que esse estudo demonstra a relação entre injustiça, mágoa, perdão e ansiedade, estudos futuros devem ser realizados para verificarem o impacto da psicoterapia do perdão na diminuição de quadros ansiosos em mães (TEA).

Palavras-chave: Perdão Interpessoal. Ansiedade. Mães de Autista. Mães Neurotípica.

ABSTRACT

The aim of this thesis was to investigate the relationship between interpersonal forgiveness and anxiety in mothers of autistic children and mothers of typical children due to perceived injustices against their children. To this end, a mixed-method, with a quantitative and qualitative approach, it was used to explore and compare interpersonal forgiveness and maternal anxiety in mothers of children with autism spectrum disorder and mothers of neurotypical children. Data were obtained using the Enright Forgiveness Scale-30 (Enright et al., 2022), the State Anxiety Inventory (Spielberger et al; 1979, validated in Portuguese by Biaggio & Natalício, 2003), the Social Desirability Scale (Crowne & Marlowe, 1960; Gouveia et al., 2009) and, in addition to these instruments already consolidated internationally, an instrument was also constructed involving the analysis of sociodemographic data. The thesis was divided into two phases, the bibliographical and the empirical. The first part, bibliographical, presented three bibliographical reviews, namely: (1) Vicissitudes of neuroatypical mothering: on autism and the injustices, discrimination, and social exclusions of autistic mothering; (2) Mental health and anxiety in atypical mothering (ASD); and (3) Definition, theory, and clinical studies of interpersonal forgiveness. For the second, empirical part, the research sample included 96 mothers, leaving 86, namely, 42 mothers of children with ASD and 44 mothers of neurotypical children. These mothers were divided into two groups, based on the data obtained in the screening, Group of ASD mothers (G1) and Group of NTPS mothers (G2). Group 1 (ASD mothers), when compared to group 2 (NTPS mothers), not only presented a different context and frequency of interpersonal forgiveness, but also presented a greater perception of hurt, a lower degree of forgiveness, and a negative impact on state and especially trait anxiety, probably due to a greater number of injustices experienced by their type of mothering. Thus, the research elucidated the importance of interpersonal forgiveness as a potential coping mechanism for maternal anxiety (ASD) and suggested focusing on anxiety in ASD mothers as a reality related to the stigma and social exclusion experienced by these mothers. The implications of the results involving interpersonal forgiveness and anxiety in mothers (ASD) and mothers (NTPS) are presented in the discussion. The study presented as a gap the lack of control over the age of mothers and age/sex of children and the non-applicability/development of forgiveness psychotherapy in mothers with a high level of hurt/anger and with a high level of anxiety, especially trait anxiety. Thus, since this study demonstrates the relationship between injustice, hurt, forgiveness and anxiety, future studies should be conducted to verify the impact of forgiveness psychotherapy in reducing anxiety disorders in mothers (ASD).

Keywords: Interpersonal Forgiveness. Anxiety. Mothers of Autistic Children. Neurotypical Mothers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Fases do modelo processual clínico de perdão por Enright.....	66
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mediação sequencial da relação entre o tipo de mãe (Neurotípica- Atípica) e ansiedade (traço-estado), sequencialmente mediada pela mágoa (M1) e pelo perdão (M2).....	96
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência das características dos filhos das mães típicas e neurotípicas.....	92
Tabela 2. Frequência absoluta e porcentagem das respostas para categorias de injustiças.....	93
Tabela 3. Médias e desvios padrão dos Escores das Escalas.....	94
Tabela 4. Matriz de correlação das variáveis.....	95
Tabela 5. Coeficientes dos efeitos de mediação sequencial o tipo de mãe, a ansiedade de traço e estado por meio da mágoa e perdão.....	96

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I – Vicissitudes do Maternar Neuroatípico: Sobre o Autismo e as Injustiças, Discriminações, Exclusões Sociais do Maternar Autista (TEA).....	17
1 Introdução.....	17
1.1 Primeiras Palavras: Contextualizando o Transtorno do Espectro Autista.....	18
1.1.1 Breve Histórico sobre o Autismo.....	19
1.1.2 Definição e Causas.....	20
1.1.3 Diagnóstico.....	21
1.1.4 Intervenção.....	23
1.2 Maternar Atípico (TEA).....	24
1.2.1 Injustiças e Maternar Atípico (TEA).....	26
1.2.2 Discriminação e Maternar Atípico (TEA).....	27
1.2.3 Exclusão Social e Maternar Atípico (TEA).....	32
Conclusão.....	35
CAPÍTULO II – Saúde Mental e Ansiedade no Maternar Atípico (TEA).....	36
2 Introdução.....	36
2.1 Maternar Atípico (TEA) e Saúde Mental.....	36
2.2 Maternar Atípico (TEA) e Ansiedade.....	52
Conclusão.....	63
CAPÍTULO III – Definição, Teoria e Revisão de Estudos Clínicos do Perdão Interpessoal.....	64
3 Introdução.....	64
3.1 A definição do perdão: Psicologia.....	65
3.2 A definição do perdão interpessoal: Enright.....	66
3.2.1 Modelo processual clínico de perdão por Enright.....	67
3.3 Psicometria do perdão: o Inventário de Perdão de Enright.....	71
3.4 Práticas clínicas do perdão.....	73
Conclusão.....	83
CAPÍTULO IV – Delineamento metodológico.....	86
4 Método.....	86
4.1 Delineamento.....	86
4.2 Local de Pesquisa.....	86
4.3 População e Amostra.....	86

4.4 Participantes	86
4.5 Hipóteses	87
4.6. Instrumentos (ver apêndice A)	88
4.6.1 <i>Questionário Sociodemográfico</i>	88
4.6.2 <i>Escala de Desejabilidade Social Reduzida (Crowne & Marlowe, 1960; Gouveia et al., 2009)</i>	88
4.6.3 <i>Enright Forgiveness Inventory (EFI – 30; Enright et al., 2022)</i>	88
4.6.4 <i>Inventário do Estado de Ansiedade – IDATE (Spielberger et al; 1979, validado no Português por Biaggio & Natalício, 2003)</i>	90
4.7 Procedimentos	90
4.7.1 <i>Procedimentos Éticos</i>	90
4.7.2 <i>Coleta de Dados</i>	91
4.7.3 <i>Análise dos dados</i>	92
CAPÍTULO V	93
5.1 Resultados.....	93
5.1.1 <i>Instrumentos</i>	93
5.1.2 <i>Questionário Sociodemográfico</i>	93
5.1.3 <i>Análise de Dados</i>	93
5.2 Resultados	94
5.2.1 <i>Análises sociodemográficas</i>	94
5.2.2 <i>Percepção de injustiça por grupos de mães</i>	95
5.2.3 <i>Médias e os desvio padrão para os escores das escalas</i>	95
5.2.4 <i>Análises preliminares</i>	96
Tabela 4. Matriz de correlação das variáveis.	96
5.2.5 <i>Análise de mediação seriada</i>	97
5.2.6 <i>Análise de moderação</i>	99
CAPÍTULO VI – Discussão e Considerações Finais	100
Considerações Finais	106
Referências	108

INTRODUÇÃO

Esta tese investiga a relação entre o perdão interpessoal e a ansiedade em mães de crianças autistas e mães de crianças típicas por injustiças percebidas contra seus(suas) filhos(as). A temática dá continuidade aos estudos realizados no Núcleo de Pesquisa em Desenvolvimento Sociomoral (NPDSM/UFPB), com uma temática dessa vez diferenciada, uma vez que as participantes não são as vítimas primárias das ofensas realizadas, mas secundárias, visto que a ofensa é dirigida aos(às) seus(suas) filhos(as).

O trabalho se dividiu em duas partes: a primeira, denominada seção bibliográfica; e a segunda, chamada de seção empírica. Os Capítulos 1, 2 e 3 são o levantamento de dados bibliográficos. O capítulo 4 delinea o método que será utilizado na realização da pesquisa empírica. Consequentemente, o capítulo 5 revelará os resultados desse estudo empírico e o capítulo 6 apresentará a discussão, com considerações finais pondo fim ao trabalho.

O capítulo 1 apresenta o transtorno do espectro autista. O primeiro tópico, portanto, contextualiza o autismo, situando seu histórico, definições e causas, diagnóstico, intervenção. Já o segundo, apresenta o recente conceito de “maternar atípico” e adentra nas injustiças, discriminações, exclusão social, a essa realidade arraigada.

O capítulo 2 trabalha a interface saúde mental e ansiedade. Assim, a primeira seção se inicia mais ampla, abordando o estresse, a depressão, o transtorno do estresse pós-traumático, a desesperança/resiliência, a experiência/desafios, o sofrimento psicológico, o enfrentamento desadaptativo, o bem-estar psicológico, a qualidade de vida arraigado ao maternar atípico. A segunda seção é mais específica, com escopo na ansiedade envolta às mães atípicas. Essa segunda seção se subdivide em: saúde mental em mães de autistas- com foco na ansiedade; a ansiedade como sofrimento mental de mães de culturas específicas- aqui apresentando Irã e Arábia Saudita; a ansiedade em mães de autistas durante a pandemia do Covid-19 e as estratégias de enfrentamento em mães de autistas a fim de se trabalhar a ansiedade nesse grupo de mães.

O capítulo 3 apresenta a definição, teoria, e revisa os estudos clínicos do perdão interpessoal. A importância desses três itens é materializada, portanto, no entendimento do modelo processual clínico de perdão formulado por Enright, que é bastante utilizado em áreas clínicas específicas, a exemplo da ansiedade em mães atípicas. Assim, a proposta do capítulo 3 é demonstrar os benefícios do inventário Enright de perdão na redução da ansiedade. Dessa forma, foi observada a prática clínica utilizando o perdão interpessoal

na redução da ansiedade da vítima face ao ofensor; a eficiência do EFI em casos de ansiedade mesmo em culturas diferentes; o impacto do EFI na redução da ansiedade e melhoria da saúde física/mental; a eficácia e validação do inventário de Enright na redução da ansiedade. Esse capítulo corroborou a EFI como um instrumento eficaz na redução da ansiedade da vítima contra injustiça praticada por um ofensor.

O capítulo 4 se ocupa da metodologia utilizada na construção dessa pesquisa científica. Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva, comparativa e correlacional, organizada a partir do delineamento; com local de pesquisa; com população e amostra; com um quantitativo de participantes específico; com instrumentos próprios (Questionário Sociodemográfico; Escala de Desejabilidade Social Reduzida; Inventário de Perdão Interpessoal- 30, Enright; Inventário do Estado de Ansiedade- IDATE); e com procedimentos envoltos à pesquisa científica contemporânea (éticos, coleta de dados, análise de dados).

O capítulo 5 apresentará os resultados da pesquisa empírica. Por fim, o capítulo 6, vai discutir esses resultados, revelando o quanto eles foram (ou não) significativos à proposta e realização da pesquisa acadêmica. A pesquisa se conclui com as “considerações finais” que irá apresentar o “resumo” dos achados científicos propostos e achados através desse trabalho científico, acadêmico.

CAPÍTULO I – Vicissitudes do Maternar Neuroatípico: Sobre o Autismo e as Injustiças, Discriminações, Exclusões Sociais do Maternar Autista (TEA)

1 Introdução

O autismo é uma condição caracterizada por uma atipicidade que alcança inúmeras áreas do desenvolvimento. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2013), o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista leva em consideração a junção do déficit de comunicação e interação social da criança, assim como, dos padrões de comportamentos repetitivos e restritos, perceptíveis ainda na primeira infância (antes dos 3 anos de idade).

O diagnóstico do autismo está envolto a inúmeras significações, socialmente construídas, que comumente o aprisiona em estereótipos e representações, contribuindo para um processo de exclusão, marginalização e imobilismo perante a vida (Kupfer, 2000). Ao se partir dessa premissa, a maneira como a família recebe o diagnóstico pode ser diretriz de uma melhor adaptação ou, de forma contrária, de um grande desgaste/desajuste familiar (Matsukura & Sime, 2008).

Culturalmente são as mães que identificam a condição neurodiversa- autismo- de suas crianças, buscam a intervenção necessária, cuidam de seus(suas) filhos(as) autistas. Esse processo gera grande cansaço físico e desgaste emocional, muitas vezes em razão da sobrecarga de trabalho, da redução no tempo de atividades de lazer dessas mulheres, da vivência do preconceito cotidiano, do manejo de comportamentos inadequados, do sofrimento mental em razão da incerteza do futuro. Essa conjuntura, em conjunto, gera elevado nível de depressão, estresse, ansiedade (Pinto & Constantinidis, 2020).

Ferenc et al. (2023), ao trabalhar com mães de autistas, constataram que elas experimentam altos níveis de sofrimento mental. Especificamente, a forma como as mães categorizam o autismo, a saber, como doença, ou como condição neurodiversa, implica nos diferentes níveis de comprometimento mental apresentado por elas. Assim, o escopo do trabalho foi nas mães de autistas e o tipo de sofrimento mental que elas apresentavam a partir do entendimento e aceitação do TEA nas suas vidas. O estudo mostrou uma correlação positiva significativa entre a compreensão do TEA e o tipo de estresse enfrentado pelas mães. Mães que entendiam TEA como doença apresentaram maiores índices de ansiedade, depressão e ideação suicida. Enquanto mães que entendiam o TEA

como neurodiversidade apresentaram correlação negativa significativa com os fenômenos anteriormente citados.

Ainda sobre a temática, pesquisas sobre a compreensão do ser mãe de criança atípica (autista) informam da sobrecarga que essas mães vivenciam cotidianamente e, como essa sobrecarga se materializa na saúde mental dessas mães (Pinto & Constantinidis, 2020). Assim sendo, temáticas como a centralização dos cuidados das crianças TEAs às mães, a falta de exercício físico e psicoterapia para essas mães, a falta de rede de apoio no cuidar neuroatípico TEA e a inexistência de escuta para mães de pessoas TEAs em “sobrecarga familiar” estão cada vez mais recorrentes em trabalhos científicos contemporâneos.

Duas razões, a saber a falta de exercício físico e psicoterapia implicaram em duas diretrizes, a importância da rede de apoio para essas mães, assim como, que se pense em estratégias de intervenção que melhore a saúde física/mental dessas mulheres, especificamente na psicologia, à escuta dessas mães em “sobrecarga familiar”.

Em conclusão, esse capítulo tem por intuito apresentar: o contexto no qual o autismo se insere (histórico e definição de autismo, diagnósticos e intervenções), assim como, revelar a injustiça, discriminação e exclusão social envolta a esse tipo de maternar atípico- TEA, temática que começa a ser ampliada na comunidade científica nacional e internacional, em razão da saúde mental dessas mães estarem se tornando pauta de estudo em saúde pública.

1.1 Primeiras Palavras: Contextualizando o Transtorno do Espectro Autista

Diferentemente da máxima da sociedade contemporânea “que todo mundo hoje é autista e que antigamente não se falava nisso”, relatos de comportamentos autísticos são registrados na literatura desde 1798, pelo educador francês Jean Marc Gaspard Itard, em “Victor de Aveyron”, seguido de Mogli, Tarzan, dentre tantos outros casos, tanto na cultura ocidental, quanto oriental (Castro, 2023)

Em termos médicos, Eugen Bleuler utilizou o termo autismo pela primeira vez em 1908, para descrever “a fuga da realidade para um mundo interior”, semelhantemente ao que acontecia com os pacientes esquizofrênicos. De 1908 até os dias atuais, novos termos surgiram como, por exemplo, reação esquizofrênica tipo infantil (APA, 1952); esquizofrenia tipo infantil (APA, 1968); transtorno invasivo do desenvolvimento (APA, 1980); transtorno invasivo do desenvolvimento, com a inclusão da síndrome de Asperger (APA, 1994); e, finalmente, transtorno do espectro autista (APA, 2013).

Hoje, o autismo é uma das condições neurológicas mais pesquisadas no mundo por neurocientistas, especialmente em razão de suas múltiplas condições neurológicas e psiquiátricas (Brites & Brites, 2019). Por se tratar de um fenômeno social novo (em compreensão), ele implica na (re) organização da sociedade, de modo que esta esteja preparada a lidar com as especificidades do autismo (Pinto & Constantinidis, 2020).

Assim sendo, o aumento do diagnóstico de TEA levanta a necessidade de um olhar preparado à interação e ao acolhimento da pessoa TEA *per se*, assim como, dos familiares, educadores, profissionais de saúde, vizinhos, ou seja, pessoas envolvidas ao seu contexto cotidiano (Pinto & Constantinidis, 2020). Nesse trabalho, o foco será dado, especificamente, à mãe atípica (TEA), diante das possíveis fragilidades emocionais que elas possam vivenciar em razão do seu maternar atípico (TEA).

Dessa forma, faz-se necessário primeiro contextualizar o autismo, depois analisar as injustiças, discriminações, exclusões sociais vividas no maternar TEA para, em um segundo momento, desenvolver posicionamentos conceituais sobre a relação maternar atípico-TEA e suas possíveis correlações com a saúde mental (deficitária) ou ansiedade e em como a terapia do perdão apontaria estratégias de enfrentamento para tais questões. Assim, as próximas subseções apresentarão um breve histórico sobre o autismo; a definição e causas do autismo; o diagnóstico; e as intervenções.

1.1.1 Breve Histórico sobre o Autismo

Kanner (1943) foi o primeiro autor a pesquisar o autismo propriamente dito. O estudo contou com 11 crianças com “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, caracterizadas pela introspecção desde o nascimento e interesse obsessivo pelas mesmas mesmices¹. Em seguida, Asperger (1944), na Áustria, publicou o artigo “A Psicopatia Autista na Infância”, em que ele descrevia as crianças autistas como do sexo masculino, com conversação unilateral, movimentos descoordenados, falta de empatia, com dificuldade em fazer amizade (Sheffer, 2019).

Tais estudos influenciaram duas teorias envolvidas à explicação do autismo, a saber, a Teoria Psicanalítica e as Teorias de Base Neurobiológica, em que esta definia o autismo como o resultado de alterações bioquímicas no encéfalo desses pacientes, sendo comum a incidência de epilepsia, associação com intercorrências pré-perinatais, problemas de inconstância sensorial, presença de síndromes e malformações encefálicas. E, aquela,

¹ Tradução literal da definição que Kanner apresentou em 1943.

como o resultado de uma ruptura afetivo-emocional inadequada entre a mãe e o futuro bebê, gerando uma quebra precoce da ilusão de continuidade entre eles, causando, portanto, confusão, angústia, aniquilamento (Brites & Brites, 2019).

No Pós-Guerra, a Associação Americana de Psiquiatria passou a unificar o entendimento sobre os transtornos neuropsiquiátricos no DSM. Em sua primeira edição, em 1952, o autismo foi definido como “Reação Esquizofrênica, tipo infantil”. Em 1968, em sua segunda edição, passou a ser caracterizado apenas como “Esquizofrenia Infantil”. Na terceira edição, lançada em 1980, que apresentou grande importância, foi a primeira definição a individualizar o autismo como transtorno, denominando-o “Transtorno Invasivo do Desenvolvimento”. Na quarta edição, em 1994, a comunidade científica americana, passou a categorizar como “Transtorno Autista”; e, finalmente, na última edição, em 2013, o DSM-V passou a denominar o autismo como “Transtorno do Espectro Autista”.

Atualmente, o laudo médico contém diretrizes do DSM-V revisado, versão atual da Associação Americana de Psiquiatria, e do CID-11², versão atual da Classificação Internacional de “Doenças”, cujas especificidades serão abordadas nas sessões a seguir.

1.1.2 Definição e Causas

O Transtorno do Espectro Autista é definido em sentido *lato sensu* como Transtorno do Neurodesenvolvimento e em *stricto sensu* como encefalopatias crônicas não evolutivas. Em outras palavras, o autismo é um transtorno do Sistema Nervoso Central, encéfalo, que nasce com o indivíduo, é estático, portanto, não regride, e acompanha o indivíduo durante toda a vida (Liberalesso, 2019).

De 1980 a 1990, 1 a cada 2000 crianças era diagnosticada autista; em 2019, 1 a cada 51 crianças era diagnosticada autista; em 2023, conforme o CDC e Prevenção de Doenças Americana, 1 em 36 crianças, de até 08 anos, são autistas nos Estados Unidos, ou seja, possui esse transtorno do desenvolvimento neurológico, que é poligênico e multifatorial (Biasão, 2019).

Indo ao encontro dessas teorias que defendem as causas do autismo como múltiplas, dentre elas, genética e ambiental, um estudo realizado entre 1998 e 2011 com 2.001.631 pessoas em cinco países reportou 22.156 diagnosticadas com TEA e revelou que em 82% dos casos, a causa foi genética herdada, a saber, ocorre quando um conjunto

² No Brasil, o CID-11 passa a ser utilizado nos sistemas de informação de vigilância a partir do dia 01 de janeiro de 2025.

poligênico passa do pai, da mãe, ou de ambos, à criança. Em aproximadamente 17% dos casos, o autismo é genético não herdado, “Denovo”³ ou somático, quando há uma alteração genética própria do indivíduo, pela primeira vez, que não foi herdada dos pais. O 1% restante é ambiental devido a uma alteração intrauterina da conectividade encefálica. Hoje as causas ambientais já consolidadas na literatura são prematuridade⁴, o uso de ácido valpróico durante a gestação, o uso de maconha durante a gestação e a idade do pai⁵ (Bai et al., 2019).

O denominado autismo sindrômico é aquele associado as mais diversas síndromes, como a Síndrome de Down, do X frágil, de Rett. Nesse caso, é a síndrome que promove as alterações nas conexões neuronais e, conseqüentemente, estas modificações provocam a sintomatologia autística. (Liberalesso, 2019).

Por fim, são descartados como causa para o autismo a ingestão de ácido fólico, a existência de metais pesados no organismo, a ingestão de glúten/caseína pela pessoa TEA. O ácido fólico é essencial ao fechamento do tubo neuronal do bebê; os metais pesados existem em todos os indivíduos do mundo contemporâneo; e o glúten e a caseína, assim como em qualquer pessoa, deve ser retirado apenas diante de constatação de doença celíaca ou alergia à lactose/caseína. (Liberalesso, 2019).

Uma vez delimitadas as causas do autismo, o próximo item abordará questões específicas ao diagnóstico, diretriz cotidiana que define os critérios da pessoa ser ou não TEA.

1.1.3 Diagnóstico

Na medicina, há dois tipos de diagnósticos, o binário, positivo/negativo, que caracteriza algo ou que você tenha ou que você não tenha, a exemplo da pneumonia; e o dimensional, que diz respeito aos sinais e sintomas inseridos dentro de uma dimensão, a exemplo do TEA: contato visual, existe? inexistente? se existe, em que nível? (APA, 2013).

O diagnóstico do autismo, como já dito anteriormente, é dado pela 5ª versão revisada do DSM-V, assim sendo, o TEA está relacionado a dois grupos de sinais e sintomas: (1) alterações da comunicação (e interação) social e (2) interesses restritos e

³ Denovo ou somático: Termo utilizado quando uma condição genética é própria do indivíduo, não é herdada genética, é “anomalia” própria, sendo a pessoa a primeira a apresentar a nova condição genética no histórico familiar de ambos os lados, pai e mãe.

⁴ O encéfalo humano se forma de baixo para cima e de trás para frente. Assim sendo, o córtex pré-frontal, responsável pela cognição humana, não está pronto no prematuro. Abaixo de 32 semanas, aumenta-se risco de TEA, e abaixo de 24 semanas, é quase certo TEA e problema motor (Bai et al., 2019)

⁵ Maior que 40 anos se aumenta risco para TEA; maior que 47, é quase certo TEA (Bai et al., 2019).

repetitivos. Alerta-se que para se fechar o diagnóstico de TEA, deve-se ter todos os critérios do primeiro grupo e mais da metade do segundo grupo (APA, 2013).

De forma mais específica, o DSM-V-R classifica o TEA como 299.00 (F84.0) Transtorno do Espectro Autista (50) e menciona que o diagnóstico deve especificar se é (1) associado a alguma condição médica, genética conhecida ou a fator ambiental; associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento mental ou comportamental; (2) associado a gravidade atual para Critério A e Critério B: exigindo apoio muito substancial, exigindo apoio substancial, exigindo apoio; e se (3) é com ou sem comprometimento intelectual concomitante, com ou sem comprometimento da linguagem (APA, 2013). Os critérios são divididos em A, B, C, D e E, com alguns pontos específicos dentro deles. Assim sendo:

O **A** é caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social em contextos tais como: limitação na reciprocidade emocional e social, com dificuldade para compartilhar interesses e estabelecer uma conversa; limitação nos comportamentos de comunicação não verbal⁶ usados para interação social, variando entre comunicação verbal e não verbal pouco integrada e com dificuldade no uso de gestos e expressões faciais; limitações em iniciar, manter e entender relacionamentos, com variações na dificuldade de adaptação do comportamento para se ajustar nas situações sociais, compartilhar brincadeiras imaginárias e ausência de interesse por pares (APA, 2013).

O **B** é composto por padrões repetitivos e restritos de comportamento, atividades ou interesses, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes itens, ou por histórico prévio: movimentos motores, uso de objetos ou fala repetitiva e estereotipada (estereotipias, alinhar brinquedos, girar objetos, ecolalias); insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a padrões e rotinas ritualizadas de comportamentos verbais ou não verbais (sofrimento extremo a pequenas mudanças, dificuldade com transições, necessidade de fazer as mesmas coisas todos os dias); interesses altamente restritos ou fixos em intensidade, ou foco muito maiores do que os esperados (forte apego ou preocupação a objetos, interesse preservativo ou excessivo em assuntos específicos); hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesses incomuns por aspectos sensoriais do ambiente (indiferença aparente a dor/temperaturas, reação contrária a texturas e sons específicos, fascinação visual por movimentos ou luzes), (APA, 2013).

⁶ Este trabalho acredita que o termo mais adequado é “não oralizado”, isso porque há autistas não oralizados, nível 2 e 3 de suporte, que fazem bom uso da comunicação não verbal.

No **C**, os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento, porém eles podem não estar totalmente aparentes até que exista uma demanda social para que essas habilidades sejam exercidas, ou podem ficar mascarados por possíveis estratégias de aprendizado ao longo da vida (APA, 2013).

O **D** é caracterizado pelo fato desses sintomas causarem prejuízos clínicos significativos no funcionamento social, profissional e pessoal ou em outras áreas importantes da vida da pessoa (APA, 2013).

Por fim, o **E** está caracterizado pela possibilidade de deficiência cognitiva e intelectual ou pelo atraso global do desenvolvimento (APA, 2013).

O CID-11 teve sua versão atualizada em 2022, trazendo o Transtorno do Espectro Autista na sessão (6A02), categorizando-o da seguinte forma: 1. Nível 1- Leve: (6A02.0)- TEA sem DI e com leve ou nenhum prejuízo de linguagem funcional e (6A02.1)- TEA com DI e com leve ou nenhum prejuízo de linguagem funcional. 2. Nível 2- Moderado: (6A02.2)- TEA sem DI e com linguagem funcional prejudicada e (6A02.3)- TEA com DI e com linguagem funcional prejudicada. 3. Nível 3- Severo: (6A02.4)- TEA sem DI e com ausência de linguagem funcional e (6A02.5)- TEA com DI e com ausência de linguagem funcional.

Ainda sobre o diagnóstico, 40 a 50% das pessoas autistas também são deficientes intelectuais; mesmo que haja preservação cognitiva, cerca de 40% das pessoas autistas possuem déficits executivos; de todos os autistas, 20% são não oralizados, 50% têm perdas significativas da linguagem e apenas 30% têm linguagem fluente (Brites & Brites, 2019). O domínio das categorizações supramencionadas é essencial a um diagnóstico seguro, sério e respeitoso para a pessoa com TEA, assim como, para sua família, uma vez que ambos terão suas vidas afetadas para sempre. Cabe ainda lembrar, que o diagnóstico de TEA é exclusivo de neuropediatra, psiquiatra e neurologista.

1.1.4 Intervenção

Independentemente de diagnóstico de TEA, a estimulação deve existir para a criança, mesmo antes que ela nasça. No autismo, vê-se a iniciação da denominada “estimulação precoce” logo após o diagnóstico da criança (Rogers & Dawson, 2019). A intervenção deve ser de alta intensidade e proporcional ao nível de suporte apresentado, nunca inferior a 10 horas estruturadas (Liberalesso, 2019).

As intervenções no autismo se dividem em dois eixos, as de cunho comportamental e desenvolvimental. A comportamental é a ciência comportamental,

padrão ouro na intervenção para autismo, podendo ser estruturada ou naturalística. Subdivide-se no behaviorismo radical (interpretação filosófica da ciência do comportamento), análise experimental do comportamento (estudos de laboratório dos princípios que regem os mais diversos tipos de comportamento) e a análise aplicada do comportamento (análise prática) (Brites & Brites, 2019).

Já a desenvolvimental envolve várias abordagens, a saber: os SCERTS (Social Communication, Emotional Regulation & Transactional Support) que é o foco na comunicação social, regulação emocional, suporte transacional; o Early Social Interaction, que é a comunicação social mais atenção compartilhada; O DIR- Floortime, que tem foco na construção da consciência que a criança deve ter de si mesmo; além das terapias fonoaudiológicas, terapias ocupacionais com Integração Sensorial de Ayres, TEACCH (estratégias de educação estruturada), ecoterapia e musicoterapia (Brites & Brites, 2019).

O início da intervenção no autismo é após o diagnóstico. Isso ocorre normalmente após a primeira poda neural, entre os 18-24 meses, quando a criança mantém neurônios desnecessários no seu encéfalo e perdem habilidades que já possuíam ou deixam marcados comportamentos atípicos (Kandel et al., 2014).

É nessa mesma época que as famílias vivem, além do luto do filho perfeito, o abandono por parte da família, amigos, sociedade, passando a viver injustiças, discriminações, exclusões sociais, ora envoltas a si próprias, ora a seus filhos que, ao longo dos anos, leva ao prejuízo da saúde física e/ou mental. Dessa forma, após detalhada explicação do que é o Transtorno do Espectro Autista, a seção a seguir irá abordar sobre o maternar atípico, uma vez que as mães são as pessoas que sofrem maiores mudanças no processo de adaptação do cuidar atípico, assim como, também são as maiores vítimas de injustiças, discriminações, exclusão social envoltas tanto a elas próprias, quanto a seus(suas) filhos(as).

1.2 Maternar Atípico (TEA)

A maternidade atípica é o termo popularmente criado para chamar a atenção da sociedade às necessidades das mulheres, normalmente mães, que cuidam de pessoas com deficiência. Por se tratar de construção sócio-histórico-cultural recente, só foram achados três artigos no Portal de Periódicos da Capes que tratam, especificamente, da temática “maternar atípico”, dois da área de psicologia e um da área de história, dois de 2023, um

de 2024, selecionados no dia 03 de outubro de 2024, com síntese trabalhada no dia 06 de outubro de 2024.

Os estudos de Sousa Viana e Benicasa (2023) procuraram detalhar a definição de maternidade atípica e analisar sua extensão e limitações, tanto na produção científica, quanto em sites de grande veiculação. O intuito das autoras foi fornecer o conceito e o uso de “maternidade atípica” para uso na produção científica nacional. Utilizou-se as instruções PRISMA e, em razão da escassez de achados teóricos nas bases de dados científicas, optou-se por realizar a coleta de dados nos sites de grande veiculação, por meio de saturação. Ao fim, foram encontrados quatro artigos científicos e sete textos que culminaram com a conclusão da **maternidade atípica** como o **termo que se refere às mães que possuem filhos com transtorno do neurodesenvolvimento e tem sua relevância para representatividade dessas mães que lutam pelos direitos de seus filhos atípicos e por políticas públicas que atendam suas demandas** (Sousa Viana & Benicasa, 2023).

Além desse artigo, há outros dois, dessa vez relacionando o maternar atípico com as mães de autistas. Santos e Magalhães (2023) intentaram compreender o processo histórico e social do diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista para relacioná-lo ao feminismo, estudos feministas das deficiências e ao estigma social. A ideia era construir a noção do maternar atípico para mães de indivíduos com autismo. Para tanto, foi feita uma revisão bibliográfica abrangente de forma a observar as repercussões das múltiplas opressões na experiência dessas mães e mulheres que convivem com o TEA, assim como, a submissão aos papéis que a sociedade impõe para elas ao longo dos anos. A conclusão que as autoras chegaram foi que a dificuldade, ainda na contemporaneidade, da elaboração de um conceito para o maternar atípico- TEA, mesmo em seara científica, está relacionada ao estigma social, a reverberação ainda presente do discurso da “mãe geladeira”⁷, e a ideia de mãe especial como mãe resiliente em essência, escolhida por Deus, de modo que as necessidades que envolvem esse cuidado continuam a seguir negligenciadas.

O último artigo sobre o maternar atípico reporta a pesquisa de Maia e Muner (2024). O escopo do trabalho das autoras tinha como foco inicial a compreensão do estresse em mães cuidadoras de crianças com o TEA e identificar suas possíveis causas.

⁷ Teoria disseminada por Bettelheim que culpava mães de crianças autistas pela condição de seus filhos, sugerindo que a falta de afeto materno seria a causa do autismo, essa teoria foi fortemente refutada pela ciência e causou grande sofrimento e culpa às mães.

Todavia, assim como nessa pesquisa, elas elucidaram o quanto foi necessário ampliar o conceito do materno atípico – TEA do senso comum à construção científica, definindo-o melhor e elaborando representações sociais sobre ele. Ao analisarem uma revisão de literatura usando o método comparativo, elas chegaram a uma tríade conclusiva: (1) Faz-se necessário a construção de um conceito para o materno atípico, e a análise da representação social desse conceito, de forma que se assegure melhorias na vida da mãe atípica, legitimando suas necessidades; (2) Mães atípicas sofrem sobrecarga mental, normalmente associadas ao diagnóstico, ao cuidado da criança autista, ao preconceito social, à falta de apoio familiar, aos problemas afetivos e sociais, dentre outras variáveis menos significativas; (3) Mães de crianças autistas estão sujeitas a vivências que contribuem para o estresse de forma que o mesmo afete sua saúde física, mental e emocional.

Nesses textos, termos como injustiças, estigma, discriminação e exclusão social são sempre recorrentes. Esse fato vai ao encontro da hipótese desse trabalho científico, uma vez que essas são possíveis razões aos inúmeros sofrimentos mentais manifestados nesse grupo de mães- atípicas (de) TEA. Assim sendo, essa pesquisa utiliza o conceito supramencionado de Sousa Viana e Benicasa (2023) de materno atípico- TEA e, nas seções a seguir irá apresentar a experiência da injustiça, discriminação e exclusão social no materno atípico-TEA e de como essa vivência pode se relacionar ao sofrimento mental, ansiedade, das mães atípicas- TEA.

1.2.1 Injustiças e Materno Atípico (TEA)

A partir das palavras-chave “injustice” AND “mother” AND “ASD mother” foram selecionados, entre os meses de agosto e setembro de 2024, no Portal de Periódicos da CAPES, 24 artigos, dentre estes, 19 foram excluídos por não abarcar o objetivo da pesquisa, 02 foram excluídos por duplicação e apenas 03 trabalhados. Esses três artigos também abarcam a temática do perdão como recurso terapêutico, mas, como o escopo nesta seção são os “estigmas” sociais envoltos às mães atípicas TEA, o foco, nesse momento se restringirá às injustiças experienciadas por essas mães. Os 03 artigos selecionados foram realizados, respectivamente, no Irã, em Gana, e na Eslováquia e relacionava questões como saúde mental ao estigma, culpa, vergonha e estresse parental.

Assim, ao se trabalhar neste tópico a injustiça, e deixar o perdão para seção específica à temática, os estudos de Nemati et al. (2016) teve como objetivo prever a saúde mental das mães de crianças com atraso de desenvolvimento e deficiência

intelectual a partir da magnitude do perdão ofertado. Ao se trabalhar especificamente o entendimento das mágoas que impactavam na saúde mental dessas mães, injustiças como abandono, estigma social e exclusão social, fossem de “próximos”, ou da sociedade em geral, apareceram recorrentemente como queixa das 88 mães iranianas participantes da pesquisa.

Em Gana, Oti-Boadi et al. (2020) investigaram o efeito do perdão na saúde mental de mães ganenses estigmatizadas em razão do materno atípico-TEA. Nesse estudo, portanto, trabalhou-se experiências de estigma de mães de crianças com TEA e o perdão como resposta de enfrentamento. No tocante às injustiças *per se* foram analisados temas como sentimentos da mãe, reações familiares/sociais, fatores de perdão e impacto do perdão, e uma injustiça recorrente às 11 mulheres entrevistadas foi uma estigmatização social significativa, especialmente por parte das famílias e da sociedade.

Por fim, recentemente, Marcinechová et al. (2023) utilizou uma abordagem de método misto para explorar e comparar o autoperdão, a culpa, a vergonha e o estresse parental nos pais de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) e pais de crianças neurotípicas (NT). Ao se analisar aspectos específicos às injustiças vivenciadas, revelou-se que os pais de crianças com TEA sentem, em sua maioria, vergonha em relação ao comportamento inadequado da criança ou se sentem mal por não serem compreendidos pela sociedade, enquanto os pais de crianças NT, em sua maioria não se sentiam envergonhados de sua parentalidade. Essa vergonha (transmutada em culpa/injustiça) estava relacionada ao estigma social, discriminação e exclusão social.

Após a leitura desses três artigos iniciais⁸, em junção com os artigos do “materno atípico”- TEA, questões como estigma social, discriminação, exclusão social passam a ser vistas como injustiças com um formato cíclico relacional e, para entender melhor essa questão, os próximos itens irão trabalhar “discriminação e materno atípico-TEA” e “exclusão social e materno atípico-TEA” de forma a se entender como essa conjuntura se configura na prática, atingindo, a médio prazo, a saúde física e/ou mental dessas mães.

1.2.2 Discriminação e Materno Atípico (TEA)

Após constatado a discriminação como um fator recorrente às injustiças, fez-se necessário pesquisar mais questões envolvidas à realidade do materno atípico e da discriminação, de forma que futuros estudos sobre o perdão se direcionem a tal realidade.

⁸ É preciso fazer nota que esses três artigos supramencionados, em razão da importância temática trazida a esse trabalho acadêmico, serão abordados não apenas aqui, mas também no capítulo que irá analisar o perdão.

A partir das palavras-chave “discrimination” AND “mother” AND “ASD mother” foram selecionados, entre os meses de agosto e setembro de 2024, no Portal de Periódicos da CAPES, 39 artigos, dentre estes, 28 foram excluídos por não abarcar o objetivo da pesquisa, 01 foi excluído por estar em duplicação, 02 retirados por capacitismo⁹ e apenas 08 trabalhados. Os 08 artigos selecionados foram realizados, respectivamente, na Índia, Cisjordânia, Paquistão/Índia, Dubai, Espanha, China, China e China.

Divan et al. (2012) analisaram as experiências dos pais que criam filho autista, em Goa, Índia. O objetivo de seu estudo foi compreender as necessidades não atendidas das famílias que criam uma criança com TEA, em Goa, na Índia. Vinte entrevistas aprofundadas e nove discussões em grupos focais foram realizadas com famílias de crianças com TEA e principais partes interessadas da comunidade, como educadores especiais, professores e pais de crianças com desenvolvimento típico. Os dados qualitativos coletados foram triangulados para explorar as experiências, o impacto na vida e as necessidades não atendidas de criar uma criança com TEA. As principais conclusões sugerem que criar uma criança com TEA causa pressão nas famílias em razão dos compromissos concorrentes; leva ao afastamento social e a uma maior “integração” nas redes sociais; impacta com experiências negativas de discriminação tanto pais, quanto filhos(as); a exclusão social por parte dos setores da saúde, educação, religião aumentam o estresse desses pais TEA, especialmente pela carga econômica e emocional, ao passo que a existência redes de apoio social e de prestadores de cuidados de saúde existentes e novas os deixam resilientes por se sentirem acolhidos. A conclusão foi que a falta de apoio às famílias TEA além de prática discriminatória, leva, obrigatoriamente, a família a exclusão social.

Dababnah e Pariah (2013) examinaram conhecimentos, atitudes, encargos e estratégias de enfrentamento relacionadas ao cuidado de uma criança com transtorno do espectro do autismo (TEA) na Cisjordânia. Com base numa amostra de 24 pais palestinos, o estudo descobriu que os pais lutavam com estressores financeiros, desafios médicos, comportamentais dos filhos e depressão. Poucos pais tinham conhecimento do autismo antes do diagnóstico de seus filhos. Além disso, a discriminação e o estigma por parte dos familiares e da comunidade em geral intensificaram os sentimentos de vergonha e as experiências de isolamento social dos pais. Enquanto alguns pais conseguiram sair da

⁹ A exclusão se justificou por linguagem desrespeitosa conforme comunidade autista, especificamente, comparação da condição a doença, patologia, algo que necessite de cura, pessoas incapazes/descredibilizadas em suas capacidades.

comunidade ou negar o diagnóstico, outros procuraram aumentar as interações sociais e o acesso à informação. O enfrentamento religioso foi considerado parcialmente adaptativo para alguns dos participantes. O estudo sublinhou a necessidade vital de aumentar a conscientização da comunidade sobre o autismo e de aumentar o apoio social aos pais na Cisjordânia, evitando-se a discriminação e, conseqüentemente, a exclusão social.

O transtorno do espectro do autismo (TEA) afeta cerca de 1,4% da população no Sul da Ásia, mas muito poucos têm acesso a qualquer forma de serviço de saúde. O estudo de Minhos et al. (2015) teve como objetivo explorar as crenças e práticas relacionadas ao cuidado de crianças com TEA para informar estratégias de intervenção. No Paquistão, os dados primários foram recolhidos através de entrevistas aprofundadas aos pais (N = 15), enquanto na Índia foi realizada uma revisão narrativa dos estudos existentes. Os resultados mostram que a carga dos cuidados recai quase inteiramente sobre a mãe, conduzindo a elevados níveis de estresse. A falta de conhecimento do transtorno, tanto por parte dos familiares, como dos prestadores de cuidados de saúde da linha da frente, leva ao atraso no reconhecimento da neurodiversidade e na gestão adequada. O estigma e a discriminação afetam consideravelmente as crianças com autismo e as suas famílias. Os serviços especializados são raros, concentrados em áreas urbanas e inacessíveis à maioria. As estratégias de intervenção devem incluir a construção de redes de apoio comunitário e familiar para proporcionar descanso ao cuidador principal. Na ausência de especialistas, os membros da comunidade, tais como os agentes comunitários de saúde, os praticantes tradicionais e até mesmo os familiares motivados, poderiam ser formados no reconhecimento e na prestação de intervenções baseadas em evidências. Estas estratégias de transferência de tarefas devem ser acompanhadas de campanhas de sensibilização para que se possa alcançar uma maior inclusão.

Sopaul (2019) sugeriu que a prevalência dos transtornos do espectro do autismo (TEA) na região do Oriente Médio é comparável às taxas relatadas no mundo ocidental; no entanto, nos Emirados Árabes Unidos (EAU), o autismo é subdiagnosticado e negligenciado. O estudo teve por objetivo realizar um trabalho qualitativo em Dubai, Emirados Árabes Unidos, com o intuito de explorar não apenas as experiências pessoais de autismo, como também investigar o processo de tomada de decisão dos pais dessas crianças. Foi realizada uma entrevista de grupo focal com 6 mães dos Emirados Árabes Unidos que têm um filho autista; a entrevista semiestruturada foi gravada em áudio e transcrita. O método contou com uma análise fenomenológica interpretativa da

transcrição da entrevista e emergiram 3 temas principais: Educação, Apoio e Estigma Social. A pesquisa encontrou como resultado que a maioria das mães são cuidadoras primárias de suas crianças e os desafios enfrentados pelas famílias autistas incluem: falta de compreensão e pesquisa sobre o assunto; reputação familiar; discriminação associada ao estigma; e estresse materno. A conclusão que se chegou foi que as mães com crianças autistas vivenciam uma série de fatores estressantes, muitas vezes relacionados à discriminação, e se beneficiariam de oficinas educativas, incluindo treinamento específico sobre TEA.

Recio et al. (2020) verificaram o estigma e a discriminação tanto em pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) e pessoas com deficiência intelectual (DI), quanto em seus pais. O objetivo principal da pesquisa foi examinar as consequências da discriminação percebida nos pais de crianças com TEA e crianças com DI e propor recursos terapêuticos a estes pais. A amostra foi composta por 109 pais espanhóis de crianças com TEA e 83 pais de crianças com DI. Eles preencheram quatro questionários: Escala Multidimensional de Discriminação Percebida, Escala de Estigma de Afiliados, Questionário de Apoio Social e Escala de Autoestima de Rosenberg. Os resultados apresentados revelaram uma correlação positiva entre a discriminação pessoal percebida e o estigma dos afiliados, e uma correlação negativa destes elementos com a autoestima dos cuidadores. A conclusão que se chegou foi que a discriminação percebida pelos pais influencia negativamente a autoestima deles, e que esta relação é mediada de forma total pelo estigma de afiliado e de forma parcial pelo apoio social.

Ban et al. (2021) examinou como o apoio social estava relacionado ao bem-estar subjetivo em pais chineses de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) e como a discriminação percebida afetou esse relacionamento. 204 pais com filhos com TEA foram investigados pelo Inventário de Comportamentos de Apoio Social, Escala de Discriminação Percebida para Pais de Crianças com TEA, Escala de Bem-Estar Subjetivo. Os resultados mostraram que a discriminação percebida estava negativamente associada ao apoio social e ao bem-estar subjetivo, e o apoio social estava positivamente relacionado ao bem-estar subjetivo. Além disso, a discriminação percebida desempenhou um papel mediador parcial entre o apoio social e o bem-estar subjetivo. Todas as descobertas sugerem que o apoio social pode influenciar diretamente o bem-estar subjetivo dos pais de crianças com TEA e influenciar indiretamente o bem-estar subjetivo através da discriminação percebida.

Ye et al. (2024) sugeriu que a grande pressão de pais de crianças autistas e a discriminação cotidiana em razão do criar atípico TEA afeta a qualidade de vida familiar (QVF) dessas pessoas. Assim o objetivo de estudo foi: (1) Investigar as inter-relações entre estigma afiliado, QVF e autoeficácia parental em pais de crianças com TEA e (2) Identificar uma possível direção para intervenções psicológicas para melhorar a QVF. A descrição do método foi dada por um total de 237 pais de crianças com TEA, que foram recrutados em um hospital universitário em Guangzhou, China, de outubro de 2020 a abril de 2021, por amostragem de conveniência. A Escala de Estigma de Afiliados, a Escala de Senso de Competência Parental e a Escala de Qualidade de Vida Familiar do Beach Center foram empregadas para a coleta de dados. Os resultados mostraram que o estigma de afiliado prediz negativamente a QVF. A conclusão a que se chegou foi que o estigma dos afiliados é um importante preditor da qualidade de vida familiar, e que as intervenções para reduzir o estigma dos afiliados, sentida na discriminação, e fortalecer a autoeficácia parental podem ser eficazes na melhoria da qualidade de vida dos pais de crianças com TEA.

Por fim, Wang et al. (2024) observou a relação entre a discriminação percebida entre pais de crianças com transtornos do espectro do autismo (TEA) e a ansiedade social. A pesquisa mostrou que existe uma correlação positiva entre a discriminação percebida e a ansiedade social. O estigma dos afiliados e os baixos níveis de apoio social percebido, que podem resultar de experiências de discriminação, podem produzir emoções negativas, como a ansiedade social. Além disso, os efeitos negativos do estigma dos afiliados no apoio social percebido também foram documentados. Portanto, este estudo explorou o papel mediador do estigma afiliado e do apoio social percebido entre a discriminação percebida e a ansiedade social entre pais de crianças com TEA na China. Para constituição do método a pesquisa contou com 396 pais de crianças com TEA, que participaram de uma pesquisa on-line transversal. Esta pesquisa incluiu como instrumentos as medidas de discriminação percebida, estigma de afiliados, apoio social percebido e ansiedade social. Os resultados foram analisados pelo SPSS 21.0 e AMOS 26.0. e foram os seguintes: (1) A discriminação percebida, o estigma de afiliados e o apoio social percebido foram significativamente correlacionados com a ansiedade social dos pais de crianças com TEA; (2) O estigma dos afiliados e o apoio social percebido podem mediar a associação entre discriminação percebida e ansiedade social, respectivamente; (3) O estigma dos afiliados e o apoio social percebido podem mediar a relação entre a discriminação percebida e a ansiedade social. A conclusão a que se chega a partir dos resultados sugere que as

experiências de discriminação por parte dos pais de crianças com TEA estão associadas a um estigma afiliado relativamente elevado e a um menor apoio social percebido, o que pode contribuir para a ansiedade social. Embora existam limitações nas análises de dados transversais, os resultados mostram implicações preliminares para a prevenção e intervenção da ansiedade social entre pais de crianças com TEA.

Ao revisar os artigos desta seção em palavras-chave temos estresse parental, afastamento social, estressores financeiros, desafios médicos e comportamentais dos filhos, depressão, vergonha, isolamento social, elevados níveis de estresse materno, baixa auto-estima, ignorância sobre o transtorno, (má) reputação familiar, (baixa) qualidade de vida, (falta) de apoio social, ansiedade, **discriminação, estigma, exclusão social**. A grande hipótese que se forma a partir de então, é que o materno atípico- TEA é diferenciado do típico porque, *per se*, ele já nasce injustiçado. O que talvez vá levar a diferenças no estudo do perdão e da ansiedade, nos dois grupos comparados e trabalhados na parte empírica desta tese.

1.2.3 Exclusão Social e Materno Atípico (TEA)

A partir das palavras-chave “social exclusion” AND “mother” AND “ASD mother” foram selecionados, entre os meses de agosto e setembro de 2024, no Portal de Periódicos da CAPES, 32 artigos, dentre estes, 29 foram excluídos por não abarcar o objetivo da pesquisa, e apenas 03 trabalhados. Os 03 artigos selecionados foram realizados, respectivamente, nos Estados Unidos, Arábia Saudita e África do Sul.

Marsack e Perry (2018) examinaram os processos de envelhecimento de cuidadores ao longo da vida e das possibilidades de exclusão social vividas por pais de filhos adultos com transtorno do espectro do autismo (TEA). O estudo contou com 51 cuidadores parentais e esclareceu como os papéis duradouros de cuidado podem levar à exclusão social de três maneiras: incompreensão do TEA e do estigma; a complexidade dos papéis de cuidado e o impacto nas rotinas diárias, incluindo desafios a longo prazo; planejamento tanto para os filhos adultos quanto para os pais cuidadores. As implicações para o enfrentamento da exclusão social incluem a educação e a construção de maiores laços de comunicação entre membros da família para membros da família e a defesa de mais serviços e de melhor qualidade, incluindo cuidados temporários. A conclusão é que a exclusão social do cuidador acontece por sobrecarga. Assim faz-se necessário uma pauta de educação e comunicação a fim de que se possa entardecar esse processo.

Alshaigi et al. (2019) observou que crianças diagnosticadas com transtorno do espectro do autismo (TEA) apresentavam deficiências sociais e cognitivas. Para os pais, esses comportamentos podiam levar à humilhação, à exclusão social e ao isolamento. O estigma é um problema que não só podia afetar o indivíduo com autismo, mas também tinha o potencial de se estender à sua família. Na verdade, pesquisas indicam que os pais de crianças com deficiência (incluindo TEA) experimentam frequentemente reações estigmatizantes por parte de outras pessoas. Assim, o objetivo do trabalho foi determinar a prevalência do estigma próprio e praticado entre pais de crianças com TEA de Riade, Arábia Saudita, e reconhecer possíveis fatores de risco e causas de estigmatização. O método utilizado se materializou com um estudo observacional transversal, envolvendo pais de crianças com TEA de Riade, Arábia Saudita. Cerca de 163 participantes foram incluídos do Centro de Pesquisa do Autismo (CFAR) do King Faisal Specialist Hospital & Research Center (KFSH & RC) em Riade. O material primário utilizado para a coleta de dados foi um questionário em escala de cinco pontos desenvolvido pelo investigador. O questionário consistia em perguntas fechadas relacionadas aos dados demográficos dos participantes, da criança autista, da vida familiar, dos recursos e das experiências sociais como pais. Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva e análise estatística apropriada, utilizando o Statistical package for the social sciences (SPSS), versão 22. O nível de significância se deu no valor $P < 0,05$. Os resultados deste trabalho indicaram que 55 (33,7%) dos pais pontuaram mais de 3 nas respostas às questões relacionadas ao estigma sentido; 82 (50,3%) eram pais. Por outro lado, 108 (66,3%) não se sentiram estigmatizados por serem pais de criança autista. Quarenta e dois (25,8%) dos pais pontuaram mais de 3 ao responder perguntas relacionadas ao estigma promulgado, enquanto 121 (74,2%) não enfrentaram a estigmatização promulgada por serem pais de crianças autistas. Houve uma forte tendência para as mães (41, 75%) se sentirem mais estigmatizadas do que os pais ($P < 0,05$). Além disso, o sexo da criança autista, a consanguinidade, a gravidade do TEA e a renda mensal da família não mostraram diferença significativa nos pais que pontuaram mais de 3 para estigmatização sentida ou promulgada ($P > 0,05$). A conclusão que se encontrou entre os pais participantes de crianças com TEA em Riade, Arábia Saudita, foi que 33,7% deles sofreram estigmatização, e as mães sentiram-se mais estigmatizadas e representadas quando comparadas aos pais. A conscientização pública entre as pessoas na Arábia Saudita aumentou e, assim, a estigmatização negativa diminuiu entre os pais no país. O elevado nível de estigma sentido sugeriu a necessidade de intervenção psicológica a fim de ajudar

a família a lidar com esta nova situação. Um nível mais elevado de estigma promulgado sugeriu a necessidade de reafirmar os direitos das pessoas autistas e de uma maior conscientização na sociedade. Recomendou-se a realização de mais pesquisas, em diferentes centros em Riad, e em outras regiões da Arábia Saudita, para se investigar a prevalência do estigma em pais de crianças autistas.

Por fim, em seus estudos, Lento et al. (2023) reconheceu a crescente realidade, estressante e desafiadora, envolta ao criar uma criança com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), especialmente para mães em países com recursos limitados. O objetivo do estudo foi aprender mais sobre as experiências das mães negras africanas que criam filhos com TEA e obter uma melhor compreensão da carga de cuidados. Foram utilizados como métodos entrevistas semiestruturadas realizadas com nove mães de crianças com TEA, recrutadas propositalmente, e analisadas por meio de análise fenomenológica interpretativa. Os resultados revelaram como descobertas que cuidar de crianças com TEA coloca uma enorme pressão psicológica, emocional e financeira sobre as mães. As mães enfrentavam frequentemente o julgamento social e o estigma, que se manifestavam como auto-culpa, isolamento e exclusão social, tanto para elas como para os seus filhos. As conclusões destacaram a necessidade crítica de aumentar o apoio psicossocial às mães de crianças com TEA que vivem em países com recursos limitados.

Mais uma vez, a seleção dessa seção categoriza como principais termos no processo do cuidar da criança TEA: ignorância sobre o TEA, falta de rede de apoio, humilhação, estresse, desafios, pressão psicológicos-emocional-financeiro, julgamento social, auto-culpa, **estigma, isolamento, exclusão social**.

Ou seja, se se junta as categorias finais de todos os artigos estudados nessa seção, elas *per se* justifica os possíveis sofrimentos mentais envoltos ao ser humano. As consequências do estigma e da discriminação arraigado ao criar atípico- TEA, refletem em sofrimentos mentais como o estresse, a raiva, a depressão, a ansiedade. Ora, se há sofrimento mental, há queda na interação social, culminando no isolamento, exclusão social desse grupo que vivencia a criação de seus(suas) filhos(as) de maneira peculiar, específica a sua realidade, injusta por natureza, seja pela falta de representações sociais que expliquem a necessidade dessas mães neuroatípicas (TEA), ou pela falta de interesse da sociedade de construir, mesmo em seara científica, diretrizes críticas que acolham uma maior vulnerabilidade física e/ou mental nesse tipo de maternar, atípico- TEA, desafiador por todos os motivos apontados até então.

Conclusão

Este estudo inicial teve por objetivo contextualizar o Transtorno do Espectro Autista como uma condição neurodiversa desafiadora ao cuidador, especificamente às mães, desde o diagnóstico, até as atividades de vida diária contemporânea. Inicialmente, foram dadas informações sobre o transtorno, como uma forma de entendê-lo. Em seguida, o conceito do maternar atípico foi apresentado, para que se entenda a visibilidade da causa que essa pesquisa acadêmica se coaduna, a saber, legitimizar as necessidades dessas mães. Foi visto que a produção científica sobre o tópico é tímida, irrisória, seja pela falta de representatividade social sobre o tema ou, de maneira mais específica, pela falta de interesse na construção dessa representatividade social. Mas, o fenômeno é real, deslegitimizá-lo implica segregar essas mães da sociedade contemporânea. Para corroborar essa diretriz, foram apresentados artigos que comprovam que o estigma social do maternar atípico TEA é sentido na discriminação e que, seja por cansaço, sensação desconfortável de não pertença, ou por sofrimento físico e/ou mental, essas mães se excluem da sociedade. Uma vez que o estresse, a depressão, a ansiedade, a ideação suicida foram as realidades mais reportadas nos artigos trabalhados, em razão da delimitação temporal e espacial arraigada ao trabalho científico, esta pesquisa optou por analisar a ansiedade nessas mães. Dessa forma, a seção a seguir irá fazer uma interface da saúde mental e da ansiedade em mães atípicas- TEA para, em seguida, se relacionar com o perdão interpessoal como um possível mecanismo de enfrentamento clínico (preventivo ou interventivo) à melhoria da saúde mental dessas mulheres.

CAPÍTULO II – Saúde Mental e Ansiedade no Maternar Atípico (TEA)

2 Introdução

O conceito do maternar atípico, além de ser uma construção tímida no conhecimento científico e no senso comum contemporâneo, está envolto à estereótipos, representações que se relacionam com estigmas, exclusão, marginalização e imobilismo perante a vida (Kupfer, 2000).

Se no maternar típico a sobrecarga física e mental aparece corriqueiramente entre as queixas das mães, ao se pesquisar o maternar atípico o fator sobrecarga se potencializa a ponto de comumente as mães reportarem estar em sofrimento mental. Para além de relatarem sofrimento mental, o estigma se faz presente e passa a ser vivenciado pelas mães atípicas, tornando-as vítimas de práticas discriminatórias que as excluem da sociedade gerando, conseqüentemente, isolamento social. Assim, a falta de apoio social se une ao adoecimento de mães atípicas a todo momento, em todos os locais do mundo (Pinto & Constantinidis, 2020).

Ao se estudar maternar atípico (TEA) categorias mais amplas como saúde mental ou saúde física, e categorias mais específicas como estresse, depressão, ansiedade, ideação suicida aparecem com alta frequência nos portais de busca científica. Esse fato, por si, é demonstrativo que o sofrimento mental dessas mães está se tornando um problema de saúde pública mundial.

Assim sendo, esse capítulo irá trabalhar em um primeiro momento com a interface maternar atípico (TEA) e saúde mental e em um segundo momento em maternar atípico (TEA) e ansiedade.

2.1 Maternar Atípico (TEA) e Saúde Mental

Para esse primeiro momento da pesquisa, no dia 06 de outubro de 2024, foi realizada uma busca específica, no Portal de Periódico da Capes, utilizando os termos “Mental Health”, “Mothers”, “ASD”. Dessa filtragem resultaram 203 artigos, 03 foram excluídos por serem duplicados, 01 por ser em língua não trabalhada nessa pesquisa (russo), 142 descartados por não atingirem o escopo da temática, restando 56 para serem trabalhados ao longo desse capítulo.

Desses 56, 42 foram trabalhados na temática mais genérica de maternar atípico (TEA) e saúde mental e, 14 de maneira mais específica de maternar atípico (TEA) e ansiedade. Nessa primeira seção, além dos que trabalhavam a saúde mental *per se*, houve

a divisão categorizando os de estresse do cuidar atípico, depressão em razão do cuidar atípico, transtorno do estresse pós-traumático em mães TEA, desesperança/resiliência no cuidar TEA, experiências e desafios do maternar atípico, sofrimento psicológico, enfrentamento desadaptativo, bem-estar psicológico, qualidade de vida. Quanto a categorização dos artigos relacionados à ansiedade, será apresentada na seção seguinte.

Os estudos sobre a saúde mental foram categorizados com os seguintes eixos temáticos: essencialidade de práticas psicoterápicas para mães atípicas- TEA; rede de apoio comunitária no cuidar TEA; análise da correlação entre sofrimento psicológico de mães por comorbidades dos(das) filhos(as) TEA e implementação de práticas terapêuticas.

Assim, Lushin e O'Brien (2016) chamaram a atenção de profissionais e autoridades da área para um tópico raramente discutido que são as “necessidades de saúde mental”, ou seja, *a importância de práticas psicoterápicas* em pais de crianças com transtorno do espectro autista (TEA). O artigo envolveu a construção de um subsistema de serviço de saúde mental, focado em pais, dentro de um sistema mais amplo de serviços de intervenção precoce em parceria com profissionais de saúde mental locais. A esperança foi que testes formais de intervenção e a análise do sistema de serviço informem futuros modelos de prática de intervenção precoce que incluam uma ênfase na melhoria da qualidade de vida dos cuidadores parentais a fim de que se evite estigma e sofrimento mental a partir do diagnóstico de autismo.

No mesmo ano, Whitehead (2016) analisou como as estruturas do bairro e o funcionamento familiar estão relacionados à saúde mental de mães atípicas TEA, *salientando a importância da rede de apoio comunitária no cuidar neuroatípico TEA*. Ele relatou que mães de autistas apresentam funcionamento familiar deficitário e problemas na saúde mental. Assim, a partir da constatação de que condições da vizinhança influenciam positivamente o funcionamento familiar e a saúde mental da população, ele empregou o modelo processo-pessoa-contexto para examinar se as condições do bairro-positivas/negativas- afetam a saúde mental das mães e o funcionamento geral das famílias com uma criança com TEA. A análise, com uma amostra representativa de mães de crianças autistas estadunidenses, concluiu que o apoio da vizinhança está positivamente e significativamente associado à saúde mental e ao funcionamento geral das famílias com uma criança com TEA. Todavia, as comodidades e as deficiências do bairro não foram significativamente associadas à saúde mental das mães ou ao funcionamento familiar. Em

resumo, o apoio da vizinhança pode desempenhar um papel vital na melhoria da qualidade de vida subjetiva das mães de crianças com TEA.

Ainda sobre o tópico genérico de saúde mental, Nahar et al. (2022) observaram os fatores de risco e proteção associados à saúde mental de mães de crianças com TEA. O intuito foi *analisar a correlação entre sofrimento psicológico de mães por comorbidades dos(das) filhos(as) e sugerir a necessidade de implementação de práticas terapêuticas para essas mães*. Dessa forma, elas inicialmente constataram que mães de autistas apresentaram resultados de saúde mental mais baixo quando comparadas com mães de crianças de outras populações, assim, o objetivo do estudo foi explorar fatores de risco associados à saúde mental materna. 70 mães de crianças responderam a uma pesquisa transversal online. 22 eram mães de crianças autistas, 16 mães de crianças disléxicas e 32 mães de crianças típicas. Os resultados foram que mães de crianças autistas demonstraram maiores problemas de saúde mental em comparação com mães de crianças disléxicas ou mães de crianças típicas. As condições socioeconômicas, o diagnóstico da criança, o gênero da criança, os problemas comportamentais/emocionais da criança foram fatores significativos associados à redução da saúde mental materna, enquanto, o funcionamento familiar e o enfrentamento prático serviram como fatores de proteção, moderando a relação entre os problemas comportamentais e emocionais da criança e a saúde mental materna. A conclusão que elas chegaram foi da necessidade de apoiar mães de crianças autistas, especialmente através de intervenções clínicas que se promova e melhore a saúde mental. May e Williams (2024) realizaram um estudo longitudinal, de base populacional, para explorar as trajetórias de saúde mental de filhos ao longo do tempo, dos 0 aos 14 anos, entre crianças com TEA, TDAH, TEA + TDAH. Foi investigado se existia uma relação bidirecional entre o sofrimento psicológico da mãe e os problemas comportamentais e emocionais da criança. A amostra da pesquisa contou com crianças australianas que foram acompanhadas dos 0 aos 14 anos em centros especializados de saúde e foram aplicados como instrumentos às mães o questionário dos pontos fortes e dificuldades do cuidar, e a escala de sofrimento emocional para mães de Kessler K6. Equações de estimativa generalizada e modelagem de equações estruturadas foram utilizadas para compreender mudanças ao longo do tempo, diferenças entre grupos e relações bidirecionais. Como esperado, as crianças com TEA, TDAH ou TEA + TDAH apresentaram cuidar desafiador mais elevados do que as crianças típicas, e suas mães apresentaram níveis mais elevados de sofrimento psicológico na maioria dos momentos, mas com trajetórias diferentes. As mães de crianças com TEA (com ou sem TDAH)

apresentaram sofrimento psicológico crescente ao longo do tempo, enquanto as mães de crianças com TDAH tiveram sofrimento reduzido. Os resultados destacaram a necessidade de apoio social a essas mães e discutiram implicações para os modelos transacionais de problemas emocionais entre pais e filhos em crianças com distúrbios do neurodesenvolvimento.

No tocante aos trabalhos envoltos ao estresse parental e saúde mental, eles foram classificados da seguinte forma: estresse parental *per se*; impactos do cuidado domiciliar no estresse parental de cuidadores de pessoas autistas; a interface da qualidade e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em mães de crianças TEA; o efeito da terapia filial no estresse de mães com filhos TEA; o impacto da melhoria de comportamentos sociais/comunicativos das crianças TEA no bem-estar materno de mães TEA; o nível de estresse em mães de crianças TEA em comparativo com mães de crianças Down; e os preditores de estresse parental em mães de pessoas TEA.

O estudo de Lee e Chiang (2017) *investigou o estresse parental em mães sul-coreanas de filhos adolescentes com TEA e as variáveis associadas ao estresse parental*. A amostra da pesquisa contou com 138 mães sul coreanas, de adolescentes TEA, e os resultados foram indicados por estatística descritiva materializada por testes *t*, ANOVA e análise de regressão múltipla “*Stepwise*”. Os resultados revelaram que a maioria das mães sul-coreanas de filhos adolescentes com TEA apresentaram estresse parental acima do normal. O comportamento desadaptativo da criança, o recebimento de educação especial na primeira infância, a idade e a gravidade do autismo, bem como o recebimento de serviços de profissionais de saúde mental pela mãe foram os fatores significativamente associados ao estresse parental. A conclusão que esse estudo trouxe foi a de que os fatores significativamente associados ao nível de estresse materno devem ser trabalhados e, para isso, são importantes intervenções focadas no comportamento desadaptativo da criança e na saúde mental da mãe. As intervenções que visam abordar o estresse parental em mães de filhos adolescentes com TEA podem considerar úteis os resultados deste estudo.

Já o estudo de Limbers et al. (2020) *examinou as correlações entre receber cuidados em domicílio médico centrado no paciente e relatos maternos sobre saúde mental e estresse parental em uma amostra de mães de crianças com transtorno do espectro autista*. 1.108 mães de crianças com TEA (idade média= 10,6 e 81% do sexo masculino) participaram do trabalho associado à Pesquisa Nacional de Saúde Infantil (2011-2012). A análise de regressão linear múltipla e a análise de regressão logística polinomial foram usadas para avaliar se ter uma criança com TEA cuidada em uma casa

médica centrada no paciente estava significativamente associada a relatos maternos de estresse parental e saúde mental. Os resultados apontaram que receber cuidados em uma casa médica centrada no paciente foi associado a relatos maternos de menos estresse parental (β padronizado = -0,201; $p < 0,001$) e melhor saúde mental (razões de chances variam de 0,204 a 0,360; $p < 0,001$) após controle das variáveis sociodemográficas. Dos 5 indicadores da definição médica domiciliar, apenas a coordenação eficaz dos cuidados foi significativamente associada às percepções maternas sobre o estresse parental e a saúde mental. A conclusão explana a necessidade de futuros estudos longitudinais para avaliar as associações temporais entre o status médico domiciliar centrado no paciente e as percepções maternas de sua saúde mental e o estresse parental em mães de crianças com TEA.

Selvakumar e Panicker (2020) realizaram um estudo que *teve por objetivo avaliar a qualidade de vida, estilos de enfrentamento e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em mães de crianças com TEA*. O trabalho recrutou trinta mães de crianças com TEA, às quais foram respondentes da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21), a Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF) e o Inventário COPE. Os resultados indicaram que apesar de mães TEA apresentarem maior presença de sintomas depressivos e ansiosos, comprometendo a qualidade de suas vidas, elas exibiram estilos de enfrentamento positivos. A conclusão desse estudo chama a atenção do quantitativo de mães TEA em sofrimento psicológico, e elucida a necessidade de práticas terapêuticas, não apenas para os(as) filhos(as) TEA como também às mães, de maneira que essas práticas sirvam de estilos de enfrentamento aos desafios desse maternar atípico.

Kiyani et al. (2020) *constatou o aumento no número de diagnóstico de TEA no Irã e relevou o impacto que essa situação causa no equilíbrio e rotina das atividades familiares, culminando no estresse, especialmente das mães dessas crianças*. Para a autora, para a família e a criança estarem bem, é preciso que a mãe esteja bem, todavia, constantemente essa mãe revela estresse e desconforto em razão do maternar atípico-TEA. Assim, o estudo objetivou investigar o efeito da terapia filial, como ludoterapia, no estresse parental de mães com filhos com TEA. O estudo, de base experimental, contou com 32 mães de crianças com TEA (9 meninas e 23 meninos), com idades entre 4 e 12 anos, encaminhadas para centros de autismo e clínicas de terapia ocupacional em Isfahan, Irã, que foram selecionadas usando um método de amostragem de conveniência. Além do TCLE, as mães responderam como instrumentos um formulário demográfico, a Escala de Avaliação de Autismo Gilliam-2 (GARS-2) e o Formulário Curto do Índice de Estresse

Parental de Abidin (PSI-SF). Os participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos, de intervenção e controle, após pareamento pela idade da criança, pontuação GARS e escolaridade das crianças e das mães. O grupo intervenção recebeu 10 sessões de terapia filial, uma vez por semana, cada uma com duração de duas horas, enquanto o grupo controle continuou o tratamento de rotina. Após a intervenção, o PSI-SF foi novamente preenchido por todas as mães. Os dados coletados foram analisados por meio de ANOVA, teste t pareado e teste t independente. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para determinar a normalidade da distribuição dos dados do PSI-SF nas fases Pré-teste e Pós-teste. Os resultados do teste t pareado mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa na pontuação média total de estresse parental entre os dois grupos na fase de pré-teste ($p= 0,679$), mas foi significativa na fase de pós-teste ($p= 0,010$). Os resultados do teste t independente mostraram que a diferença entre as pontuações médias do pré-teste e pós-teste do estresse parental total no grupo controle não foi significativa ($p=0,268$), mas foi significativa no grupo de intervenção ($p=0,001$). Os resultados da ANOVA mostraram que a pontuação do pré-teste de estresse parental teve um efeito na pontuação total de estresse parental após a intervenção, de modo que poderia explicar 82% das variações nesta variável. Após controlar a pontuação do pré-teste, o estresse parental total foi significativamente diferente nos dois grupos ($p= 0,001$). O valor do Eta ao quadrado indicou que a intervenção poderia explicar 54% das mudanças no estresse parental total das mães. A conclusão foi que a terapia filial pode ajudar a uma melhor aceitação das crianças com TEA pelos seus pais e reduzir o stress parental, melhorando as relações entre pais e filhos. Este método pode ser ensinado como intervenção complementar às mães de crianças com TEA.

Laister et al. (2021) *testaram se o bem-estar materno mudava com a melhoria dos comportamentos sociais comunicativos de crianças com TEA que recebiam intervenção precoce*. Para tanto, foram examinadas as mudanças de desenvolvimento em 72 crianças em idade pré-escolar e os níveis de estresse em suas mães (medidos pelo Inventário de Estresse Parental) antes e depois de um programa de intervenção comunitária de 12 meses baseado no Modelo Denver de Intervenção Precoce, uma intervenção comportamental de desenvolvimento naturalista voltada para o desenvolvimento social. Foram aplicadas análises de regressão múltipla que mostraram que o estresse materno-infantil foi previsto por mudanças nos comportamentos de comunicação social das crianças (medido com o Inventário Comportamental de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento). Ou seja, os ganhos no domínio do comportamento de comunicação social precoce foram o preditor

mais forte do estresse materno pós-intervenção relacionado à criança, superando o comportamento adaptativo, alcançando os ganhos cognitivos e não-verbais de linguagem, e a redução no comportamento desafiador. Estes resultados apoiam a hipótese de que, em crianças com TEA, a aquisição de comportamentos de comunicação social contribui para melhorias no bem-estar materno.

Turda (2023) *investigou o nível de estresse entre mães de crianças TEA e mães de crianças com síndrome de down*. Os resultados da pesquisa revelaram que mães de crianças TEA usam o enfrentamento religioso com mais frequência quando comparadas às mães de crianças com síndrome de down, que fazem uso de enfrentamento ativo, planejamento, busca de suporte instrumental, emocional, aceitação, desligamento mental e desabafo. A pesquisa também revelou que o nível de estresse materno foi maior em mães de crianças TEA do que as mães das crianças com down, e esse fator implicava no maior isolamento social, e no nível alto de sofrimento mental.

Finalmente, sobre a temática de estresse em mães TEA, Saadi (2024) *investigou os preditores de estresse parental em mães que criam filhos autistas no sultanato de Omã*. Para tanto, foi realizado um estudo com desenho transversal, que examinou a saúde mental, a sobrecarga parental e o estigma de afiliados como preditores do estresse parental, também foi avaliado o papel mediador da autocompaixão e o papel moderador das estratégias de enfrentamento e apoio social, entre esses preditores sociais e o estresse parental. Os resultados mostraram que o estigma de afiliados e a sobrecarga parental foram preditores significativos de estresse parental. A autocompaixão moderou parcialmente a relação entre saúde mental, sobrecarga parental e estresse parental. A conclusão foi que fatores como sobrecarga parental, estigma, apoio social e o bem-estar da saúde mental devem ser levados em consideração na psicoterapia de pais de crianças com autismo.

Outro sofrimento mental bastante presente em mães atípicas- TEA é a depressão. Assim, os estudos foram categorizados: investigação da presença de depressão em mães TEA e mães neurotípicas; análise do estresse parental e dos sintomas de depressão em mães TEA; efeito da atividade física nos níveis de depressão/esgotamento de mães de crianças TEA; estratégias de enfrentamento utilizadas por mães TEA e sua relação com o estresse materno/depressão.

Os estudos de Towairqi et al. (2015) *teve como objetivo avaliar a presença de depressão em um grupo de mães de crianças com TEA em comparação com um grupo de mães de crianças com desenvolvimento típico e identificar fatores associados*. O estudo

foi de caso-controle, em que pais de 60 autistas, diagnosticados pelo DSM- IV- TR foram recrutados da clínica de saúde mental do Children Hospital Taif Region KSA e do Centro Privado de Autismo. Um sujeito de controle foi pareado conforme a idade da mãe e sexo e idade da criança. O instrumento utilizado foi a escala curta de Beck, e o resultado apresentado, nesse instrumento, revelou que a depressão foi significativamente maior entre o grupo de mães TEA do que entre o grupo de mães neurotípicas. Ao se explorar fatores sociodemográficos, percebeu-se que ser mãe TEA de criança do sexo feminino aumenta o risco de depressão materna ($p= 0,022$), todavia, número de irmãos, renda familiar, nível de educação da mãe, não mostrou impacto significativo na depressão materna ($p= 0,72, 0,53, 0,71$). Ao se considerar fatores relacionados ao autismo, o único fator significativo foi a idade média da criança autista ($p=0,022$). Em relação a fatores de apoio, o conhecimento da mãe sobre o autismo e a inserção da mãe TEA em grupos de apoio não teve impacto significativo na depressão materna ($p=0,35, 0,44$). Todavia, o apoio social e financeiro para famílias autistas estavam impactando significativamente a depressão materna ($p= 0,02, 0,001$). A conclusão foi que as demandas colocadas pela deficiência contribuem para maior incidência geral de depressão entre as mães. Mães de crianças TEA precisam de intervenções psicológicas. Além disso, faz-se necessário a criação de um grupo de apoio eficaz na comunidade local, com ênfase no apoio social às mães de crianças com TEA, pois esse fator teve um impacto significativo na depressão materna.

Barańczuk e Pisula (2020) *examinaram a relação entre estresse parental e sintomas de depressão parental em mães de crianças com TEA*. 67 mães participaram do estudo, 39 mães de crianças com TEA e 28 mães de crianças com desenvolvimento típico. Os instrumentos utilizados foram as medidas autorrelatadas do estresse parental Index III e o questionário de medida de depressão. A categoria “estresse das mães” foi positivamente associada tanto aos sintomas totais da depressão das mães, quanto as suas dimensões como déficit cognitivo, falta de energia, pensar em morte, pessimismo, sentimento de alienação, sintomas de ansiedade e culpa, sintomas psicossomáticos, e perda de interesse e menores habilidades de autorregulação, no grupo de mães de crianças com TEA. Não houve quase nenhuma associação significativa desses fatores na amostra de mães de crianças com desenvolvimento neurotípico. Os resultados têm implicações práticas aos provedores de suporte à saúde mental.

Sahin et al. (2020) *ao partir da premissa que cuidadores primários de pessoas com TEA apresentam maior índice de esgotamento mental e depressão, realizaram um*

estudo que teve por objetivo determinar o efeito da recreação baseada em atividade física nos níveis de depressão e esgotamento de mães. 15 mães com filhos TEA foram incluídas no estudo de desenho experimental de pré-teste e pós-teste de grupo único. Foram utilizados como instrumentos o inventário de depressão de Beck e o inventário de *burnout* de Maslach. De acordo com os resultados de teste *t* de amostra pareada, os níveis de depressão das mães diminuíram significativamente após o acampamento, enquanto os níveis de esgotamento permaneceram os mesmos. Embora os níveis de depressão e esgotamento das mães tenham sido moderadamente correlacionados antes do acampamento recreativo, eles não se correlacionaram após o acampamento recreativo. O estudo pôde concluir que o estado emocional de esgotamento em pais de crianças com TEA provavelmente estava correlacionado com a depressão e que esta pôde ser reduzida com atividades recreativas baseadas em atividade física. Por fim, foi elucidado que estudos longitudinais, com métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa, são necessários para determinar a relação de causa-efeito e criar programas recreativos eficazes para famílias com crianças com TEA.

Ntre et al. (2022) *investigaram as estratégias de enfrentamento utilizadas por mães de crianças autistas e sua relação com o estresse materno e depressão.* O estudo contou com uma amostra de 143 mães (idade média 42,7 anos) de crianças com TEA (idade média 6-17 anos) que frequentavam o ambulatório de TEA, do Departamento de Psiquiatria Infantil. Foram utilizados como instrumentos o questionário demográfico, a escala de depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, as escalas pessoais orientadas para crise familiar, e a forma reduzida do índice de estresse parental. Fatores como nível educacional da mãe (negativamente relacionado), uso de medicação pela criança (negativamente relacionado), quantidade de horas diárias de cuidado (positivamente relacionados), foram fatores significativos às categorias sofrimento parental e sintomas depressivos. (I) mobilização familiar e (falta) de rede de apoio foram positivamente relacionadas à afetação da vida familiar. As estratégias de enfrentamento em mães de crianças TEA estão relacionadas às características pessoais dos cuidadores, tratamento infantil e características familiares. O estudo, portanto, alertou à necessidade dos profissionais de saúde mental de examinar fatores que possam fortalecer as estratégias de enfrentamento das mães que lidam com os desafios de ter um filho TEA.

Schnabel et al. (2020) apresentou o único artigo que trabalha o estresse pós-traumático em mães de crianças com TEA. O estudo teve por objetivo explorar a relevância de uma estrutura de diagnóstico baseada em trauma para mães de crianças com

TEA. A amostra contou com 30 mães (idade média = 42,97, $DP= 5,82$) de crianças com TEA (idade média= 12,43, $DP= 3,15$). Os instrumentos utilizados foram a escala TEPT e uma miniestreita neuropsiquiátrica internacional abreviada para avaliar a comorbidade. 3 participantes foram excluídas por suas experiências pós-traumática não estarem relacionadas as suas experiências maternas. As 27 participantes restantes preencheram os critérios para TEPT no contexto de experiências maternas traumáticas. Os resultados revelaram que comportamentos desafiadores da criança, comportamentos autolesivos e comportamentos suicidas funcionam como gatilhos ao estresse pós-traumático das mães. A conclusão foi que profissionais de saúde de mães TEA devem considerar a possibilidade de TEPT como sofrimento mental dessas mães, quando comportamentos desafiadores de natureza potencialmente traumática estiverem presentes em suas vivências diárias.

Quanto à (des) esperança e resiliência, Malla e Taha (2022) compararam os níveis de carga psicológica, esperança e resiliência de mães que têm filhos autistas em comparação com mães que têm filhos típicos. Dessa forma, eles realizaram um estudo transversal, comparativo, com uma amostra não aleatória de 195 mães de crianças autistas, selecionadas em centros governamentais e privados de autismo, e um grupo comparativo de mães de crianças neurotípicas de Duhok, Iraque, no período de 15 de novembro de 2021 a 15 de fevereiro de 2022. Uma bateria de instrumentos foram utilizados para avaliar carga psicológica, esperança e resiliência. O estudo revelou que as pontuações médias dos níveis de estresse ($M=23,31$, $DP= 5,442$), ansiedade ($M=11,78$, $DP=4,405$) e depressão ($M= 13,34$, $DP=4,774$) foram maiores em mães que têm filhos autistas, em comparação com mães não autistas ($M= 7,48$, $DP=4,576$), ($M= 4,16$, $DP=2,643$), ($M= 4,91$, $DP=2,852$), respectivamente. As pontuações médias de esperança e resiliência foram menores em mães que têm filhos autistas, esperança ($M=35,18$, $DP=7,716$) e resiliência ($M=2,82$, $DP=0,608$), respectivamente, em comparação com as pontuações de mães típicas ($M= 47,69$, $DP= 5,371$) ($M= 3,86$, $DP= 0,481$). O estudo descobriu que direcionar a família e ser uma mãe divorciada foram fatores demográficos altamente significativos na relação carga psicológica, esperança e resiliência. A conclusão foi que mães de crianças autistas apresentam um maior nível de (sobre) carga psicológica e um nível mais baixo de esperança e resiliência em comparação com mães típicas e essas descobertas são importantes ao planejamento de saúde mental de mães de crianças com TEA. O estudo anterior motivou Huang et al. (2023) a desenvolver um trabalho que tinha por objetivo explorar a inter-relação entre os sintomas de esperança e resiliência e reduzir a desesperança em mães de crianças autistas. Foram utilizados como instrumentos a

escala de desesperança de Beck e a escala de resiliência de Connor- Davidson. Os participantes preencheram os critérios para o diagnóstico TEA de seus filhos por um psiquiatra ($n = 448$; 54,69% mães; $M = 34,59$ anos; $DP = 4,94$ anos). Os resultados revelaram que falta de rede de apoio e nenhuma satisfação com o futuro foram os fatores mais significativos associado à resiliência. A conclusão foi que a prática clínica em mães TEA deve levar em consideração uma prática terapêutica que reduza a desesperança e aumente a resiliência de mães de crianças TEA.

Com relação às questões envolvidas aos desafios e experiências do maternar atípico, Aguiar e Pondé (2019) realizaram um estudo com o objetivo de analisar os aspectos subjetivos associados à percepção dos pais sobre as mudanças ocorridas em suas vidas após o nascimento de seu filho com transtorno do espectro autista. Para tanto, elas realizaram um estudo qualitativo, com abordagem metodológica de narrativa. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas, para uma amostra de 23 participantes, em Salvador-BA. As entrevistas foram transcritas; as categorias, analisadas; e os dados, interpretados. Foram identificadas cinco categorias “impacto emocional e na saúde”; “impacto na vida diária, profissional, acadêmica”; “impacto na vida do casal, sexual, afetiva”, “impacto na vida social”, “estratégias de adaptação”. A análise revelou que, apesar dos impactos sofridos, apoio social e ajuda profissional podem facilitar uma adaptação às mudanças na vida dos pais, a partir do nascimento dos filhos com TEA. A conclusão foi que conviver e ser mãe ou pai de criança com TEA produz grande demanda física e emocional, mudança de papéis sociais, da vida social e da vida do casal e/ou afetiva/sexual, o que demonstra a necessidade de atenção aos pais por profissionais de saúde, especialmente os da saúde mental. Estratégias de cuidado precisam ser implantadas aos pais, paralelamente à assistência à saúde dos seus filhos, buscando melhorar a atenção integral à criança. Papadopoulos (2021) realizou um estudo cujo objetivo foi investigar as experiências vividas por mães de crianças TEA na Grécia. 09 mães de crianças TEA foram recrutadas e envolvidas em entrevistas semiestruturadas. As transcrições da entrevista foram analisadas usando análise fenomenológica interpretativa. Três temas interconectados foram identificados na análise: (a) carga emocional, (b) carga familiar, (c) carga social. Uma descoberta importante nesta pesquisa foi a majoritariedade de temas como sobrecarga, angústia e vulnerabilidade na experiência do maternar atípico dessas mães. As descobertas do estudo foram importantes uma vez que revela a árdua experiência de criar filhos com TEA, em um dos países de renda média da Europa, que é a Grécia. O pesquisador ressaltou a esperança que sua pesquisa seja utilizada para motivar a prática

clínica e a criação de políticas públicas voltadas não apenas ao tratamento da criança autista, mas, ao acompanhamento da saúde mental dessas mães que se dedicam ao cuidar neuroatípico. Rfat et al. (2023) realizaram uma pesquisa qualitativa para analisar os problemas vivenciados por famílias com crianças TEA que vivem na Turquia. Foram entrevistadas 10 famílias cujos filhos frequentavam escolas de educação especial nos distritos de Bagcilar e Bahçelievler, em Istambul. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas por telefone, vídeo chamada por whatsapp e zoom e foi utilizada uma abordagem fenomenológica para compreender a experiência dos cuidadores. Os temas foram obtidos por análise descritiva. As principais categorias que emergiram foram preocupações de ordem múltipla com o futuro, carga financeira, conflito intrafamiliar, problemas de saúde mental e questões relacionadas a prática discriminatória da comunidade. A conclusão do estudo foi sobre a necessidade do serviço social e da psicologia em encaminhar não apenas as crianças autistas, como suas mães, para programas terapêuticos em saúde mental, uma vez que a maioria das mães se apresentaram em estado de sofrimento mental.

Quanto à categoria sofrimento ou distúrbio psicológico em razão do materno atípico- TEA, a pesquisa de Stanford et al. (2020) observou o sofrimento psicológico de mães com uma criança com atraso de neurodesenvolvimento (TEA) e mães com mais de uma criança com atraso de desenvolvimento (TEA e outros). Foram utilizados como instrumentos medidas de autorrelato de saúde mental e ganho positivo. Os resultados não indicaram diferenças significativas entre os grupos para saúde mental, embora mães com mais de uma criança com deficiência, tenha apresentado maior melhoria no estado psicológico pós terapia, quando comparadas com o grupo 1. Os pesquisadores alertaram à necessidade da realização de novas pesquisas para aporte teórico e clínico que sirvam como prática psicológica para essas mães. Ansari et al. (2021) realizaram um estudo para comparar os níveis de depressão, ansiedade e estresse entre mães de crianças autistas, mães de crianças com diabetes tipo 1 e mães de crianças neurotípicas. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo com os três grupos de mães supramencionados. Foram utilizados como instrumentos questionário demográfico, questionário para analisar as diferenças nos 3 grupos e instrumentos para medir a depressão, a ansiedade e o estresse nas mães. A partir do DASS-21, chegou-se aos resultados que mães do grupo 1 (mães TEA) e do grupo 2 (mães diabetes 1) tiveram pontuações médias mais altas para depressão (37,86), ansiedade (4,58) e estresse (29,81) do que o grupo de controle ($p=0,015$). Ainda no DASS-21, o grupo 1 (mães TEA) pontuou mais alto no domínio da

depressão ($p=0,046$), enquanto o grupo 2 (mães diabetes 1) pontuou mais alto no domínio da ansiedade ($p=0,034$) e no domínio estresse ($p=0,009$). A conclusão que o estudo chegou foi que mães de crianças TEA devem ter um monitoramento cotidiano com relação à depressão, assim como as mães de crianças com diabetes tipo 1 deve ter esse monitoramento voltado para ansiedade e estresse. Herrero et al. (2024) realizaram um trabalho que teve por objetivo avaliar as relações entre sofrimento psicológico e sobrecarga mental a partir de uma abordagem de gênero em cuidadores de pessoas com TEA. As mães cuidavam de pessoas TEA entre 1 e 31 anos de idade. As variáveis sociodemográficas consideradas foram idade, nível de escolaridade, estado civil, e relação de cuidado com a pessoa TEA. Foram analisadas como sobrecarga objetiva horas/dia de cuidado; e como sobrecarga subjetiva, a consciência ao estar em estado de sobrecarga. Os resultados revelaram diferenças significativas no gênero, com mulher com pontuações muito mais altas que homens, tanto na sobrecarga objetiva, quanto subjetiva, implicando em sérios estados de sofrimento mental, como a depressão, a ansiedade, e o estresse. A conclusão do estudo foi que em razão da responsabilidade do cuidar atípico-TEA, as mulheres entram em sobrecarga mental, que geram, consequentemente questões envoltas ao sofrimento mental, fazendo-se necessário programas de apoio e intervenções direcionados às mulheres cuidadoras a fim de melhorar o estado de sofrimento mental dessas mães.

Felder et al. (2018) estudou a relação do efeito da privação de sono no estresse de mães de crianças autistas. 183 mães participaram do estudo, 92 mães de crianças TEA e 91 mães de crianças neurotípicas. Com um desenho longitudinal intensivo, foram preenchidos relatórios sobre privação de sono, e avaliadas questões objetivas e subjetivas sobre o sono, por sete dias consecutivos, nos períodos de linha de base, 9 meses após e 18 meses após. As medidas mais trabalhadas foram tempo total de sono, fragmentação do sono, latência do início do sono, qualidade do sono. O resultado revelou que a privação do sono, tanto em mães típicas quanto atípicas-tea, aumentam a probabilidade de sofrimentos mentais como estresse e depressão.

Quanto a qualidade de vida, por questão de fluidez, a temática foi subdividida em: a relação entre a inteligência emocional e qualidade de vida em mães de crianças TEA; a viabilidade de implementar serviços de aconselhamento psicológico, como forma de melhorar a qualidade de vida de mães TEA, em ambientes de educação especial em Bangladesh urbano; a relação entre estratégias de enfrentamento e qualidade de vida em mães de crianças autistas de Omã; a relação entre qualidade de vida de mães de crianças

TEA e os fatores relacionados à qualidade de vida dessas mães; a qualidade de vida em mães e pais de crianças autistas na Jordânia; e os efeitos da educação dos sentimentos na qualidade de vida de mães de crianças com TEA.

Alibakhshi et al. (2018) *investigou a relação entre inteligência emocional e qualidade de vida em mães de crianças autistas*. O estudo, analítico descritivo, contou com uma amostra de 50 mães de crianças com autismo, com idade média de 33,9 anos ($DP=6,8$), encaminhadas para clínicas de autismo em Teerã, que foram selecionadas pelo método de amostragem de conveniência. Foram utilizados como instrumentos a versão iraniana reduzida de pesquisa da saúde, a versão iraniana da medida de inteligência emocional de H- Wesinger. Os resultados revelaram uma correlação significativa entre as pontuações de qualidade de vida e inteligência emocional ($r=0,304$, $p=0,032$). Além disso, houve uma correlação significativa entre os testes de subescala no desempenho físico ($r=0,286$, $p=0,044$) e a saúde mental ($r=0,293$, $p=0,032$). A conclusão do estudo foi que a qualidade de vida em mães de crianças com TEA pode ser afetada pela inteligência emocional e, conseqüentemente, o aumento da inteligência emocional é um fator para promover a qualidade de vida. Além disso, houve uma relação positiva entre inteligência emocional, saúde mental e desempenho físico.

Naheed et al. (2022) *avaliaram a viabilidade de implementar serviços de aconselhamento psicológico, como forma de melhorar a qualidade de vida de mães TEA, em ambientes de educação especial em Bangladesh urbano*. O local em que a pesquisa foi realizada foi duas escolas de educação especial na cidade de Dhaka, Bangladesh. Duas psicólogas, treinadas, utilizaram como instrumento o questionário de saúde do paciente. Mães com pontuações altas para episódio depressivo maior, receberam treinamento de desenvolvimento de habilidades por meio de visitas domiciliares mensais para dar suporte ao tratamento do TEA. O nível de depressão foi avaliado pela escala de medida da depressão (DMS) e a qualidade de vida (QoI) foi medida pela escala visual análoga, inserida na escala EQ5D5L, antes e depois do DMS. Os resultados revelaram que uma vez detectada a depressão maior, iniciada a visita com treinamento, a pontuação na escala de depressão e qualidade de vida melhorou entre a primeira e última seção de acolhimento psicológico. Portanto, a conclusão foi que é viável integrar terapias psicológicas para mães TEA, nos Centros de Ensino de Educação Especial, de maneira que houve a redução no estado depressivo de mães TEA, melhorando, portanto, sua qualidade de vida.

A pesquisa de ALBusaidi et al. (2022) *investigou a relação entre as estratégias de enfrentamento e qualidade de vida em mães de crianças autistas em Omã*. Para tanto,

realizou um estudo descritivo transversal, no Hospital Psiquiátrico de AL-Masarra. Entrevistas telefônicas foram realizadas com os pais de todas crianças diagnosticadas com TEA e atendidas no Hospital AL-Masarra, entre janeiro de 2018 e outubro de 2021. Foram utilizados como instrumentos o checklist dos caminhos de estratégia de enfrentamento e a avaliação reduzida da qualidade de vida da organização mundial de saúde. 304 pais participaram do estudo (taxa de resposta de 100%), dos quais 59,5% eram mulheres. A idade média dos pais e das crianças com TEA foi de $40,4 \pm 6,9$ e $8,4 \pm 2,3$ anos, respectivamente. A maioria das crianças era do sexo masculino (78,3%) e totalmente dependente dos pais. Buscar apoio foi a estratégia de enfrentamento mais comum ($75,53 \pm 13,99$), enquanto a fuga e a evitação foi a menos comum ($51,78 \pm 8,04$). A maioria dos pais classificou (48,7%) sua qualidade de vida como boa e muito boa, com pontuações aceitáveis nos domínios psicológicos ($70,92 \pm 11,22$), limite no domínio da saúde física ($63,51 \pm 7,77$) e ruim no domínio ambiental ($58,31 \pm 11,00$). A conclusão foi que pais omanenses de crianças com TEA utilizam várias estratégias de enfrentamento que servem como índice positivo à saúde mental em geral.

Barišić et al. (2023) *estudaram a relação entre qualidade de vida de mães de crianças TEA e os fatores relacionados à qualidade de vida dessas mães*. A amostra contou com 40 mães de crianças TEA entre 2 e 7 anos. O instrumento utilizado foi o questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. A pesquisa descobriu que a qualidade de vida de mães de crianças pré-escolares com TEA não foi satisfatória em nenhum dos domínios. A renda familiar e o nível de educação das mães foram fatores significativos relacionados à qualidade de vida. Mães de crianças com TEA com renda familiar média/alta tinham melhor saúde mental, estavam mais satisfeitas com seu ambiente e mostraram melhor saúde física. Mães com maior nível de educação tinham melhor saúde mental e estavam mais satisfeitas com seu ambiente. O quantitativo de trabalho das mães e a gravidade dos sintomas não se mostraram fatores significativos neste estudo. A conclusão foi da importância de se conhecer pontos fortes e prejudicados na qualidade de vida da mãe- TEA, dessa forma, pode ser trabalhada uma abordagem terapêutica que leve em consideração o aconselhamento familiar, a rede de apoio social, o fornecimento de suporte social às mães de crianças autistas.

Ahmed et al. (2023) *observaram a qualidade de vida em mães e pais de crianças autistas na Jordânia*. O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida entre mães e pais que têm filhos com TEA na Jordânia e identificar fatores associados a ela. Foi realizado estudo transversal, com mães e pais de crianças com TEA que frequentavam

centros de reabilitação de autismo em Amã. Os dados foram coletados de 206 participantes, usando um questionário validado. Estatísticas descritivas, teste *t*, ANOVA e regressão logística foram aplicados. Os resultados apontaram que a qualidade de vida geral foi baixa (média = 2,32). A dimensão física obteve a pontuação mais alta (média = 2,79) e a dimensão ambiental obteve a pontuação mais baixa (média = 2,06). Os resultados indicaram que pais com baixa educação relataram escores de qualidade de vida significativamente mais baixos ($p = 0,024$ e $0,001$, respectivamente). A conclusão foi que pais de autistas na Jordânia, especialmente aqueles com baixa educação, apresentam qualidade de vida ruim, necessitando de intervenções que apoiem esses pais a terem uma melhor qualidade de vida, mesmo diante do cuidar neurodiverso.

Mohammadi et al. (2024) *investigaram o efeito da educação dos sentimentos na qualidade de vida de mães de crianças com transtorno do espectro autista*. A pesquisa teve como objetivo determinar se a educação dos sentimentos afetou as emoções expressas (EE) e a qualidade de vida (QV) de mães de crianças com TEA. Participaram do ensaio clínico 70 mães de crianças com TEA com idades entre 3 e 13 anos. O grupo experimental recebeu o programa de treinamento de felicidade Fordyce uma vez a cada 6 semanas via WhatsApp. Em três etapas, os dados foram coletados usando um formulário demográfico, o Questionário da Família (FQ) e o Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, Versão Curta (WHOQOL-BREF) (antes da intervenção, imediatamente depois e 1 mês depois). No software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), os dados adquiridos foram analisados usando testes *t* de amostra independente, testes qui-quadrado e Análise de Variância (ANOVA) de medidas repetidas. Os resultados revelaram que não houve diferença significativa nas pontuações médias de EE e QoL entre os dois grupos antes da intervenção, mas depois, a pontuação média de EE do grupo de intervenção (20,91 (4,355)) foram substancialmente menor do que a do grupo de controle (44,74 (4,77)) ($p < 0,001$). Em comparação, a pontuação média de QoL do grupo de intervenção e suas dimensões foi mais significativa do que a do grupo de controle ($p < 0,001$). A conclusão foi que dada a eficácia do programa de educação para a felicidade na redução da EE e na melhoria da QoL em mães de crianças com TEA, tais estratégias de tratamento devem ser desenvolvidas e usadas.

Zaki e Ahmed (2016) desenvolveram um estudo cujo objetivo foi avaliar a associação entre conscientização e bem-estar entre mães de crianças recém diagnosticadas com autismo. A pesquisa, descritiva, contou com dois locais de coleta, o Centro de Cuidado de Pessoas com Necessidades Especiais, da Universidade de Ain

Shams e da Sociedade Egípcia de Autismo; e a clínica ambulatorial para tratamento psiquiátrico infantil no hospital de saúde mental de El Abassia. 60 mães de crianças TEA foram recrutadas entre 2014-2015. O estudo concluiu que cerca de dois terços da amostra estudada tinham pouca consciência sobre o autismo e que havia uma relação estatística significativa entre a consciência do autismo e do bem-estar psicológico entre mães de crianças com TEA. O estudo sugeriu uma maior divulgação sobre o autismo nas mídias, de forma a desconstruir a representação social envolta ao TEA, estimular a tolerância entre as mães, integrando mãe e criança à sociedade, melhorando seu bem-estar psicológico por inclusão. Além disso, a pesquisa estimulou práticas terapêuticas voltadas à conscientização do autismo às mães, de forma que se modifique comportamentos e habilidades psicossociais discriminatórios enraizados na sociedade.

Ao revisar os artigos lidos nessa seção, há categorias bastante presentes que comprovam um vasto sofrimento mental nesse grupo de mães, atípicas, TEA, como: esgotamento mental; estresse; depressão; ansiedade; transtorno do estresse pós-traumático; privação de sono; necessidade de psicoterapia à mãe atípica TEA; (ausência de) rede de apoio; necessidade de integração de prática clínica da criança TEA e da mãe atípica TEA (nesta última especialmente em questões relacionadas à assistência social e psicologia); estudo das características do sofrimento mental da mãe atípica TEA para intervenção psicológica qualificada; necessidade de atividade recreativa/ atividade física para mãe atípica TEA; abordagem terapêutica que leve em consideração aconselhamento familiar, rede de apoio social, fornecimento de suporte social, esperança, resiliência, ensino de estratégias de enfrentamento. Além dessas questões, também houve a apresentação da correlação discriminação, isolamento social e sofrimento mental da mãe atípica- TEA. A junção de todos esses elementos comprova a hipótese de que mães atípicas- TEA, apresentam uma saúde mental mais fragilizada quando comparadas às mães típicas, e quando comparadas às mães atípicas de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, síndrome de down, diabetes tipo 1. Assim sendo, a próxima seção irá focar em questões relacionadas à ansiedade da mãe atípica TEA, de forma que se justifique o desenvolvimento dessa pesquisa científica para esse grupo de mães, a partir de um recorte que considere o materno atípico TEA e a ansiedade.

2.2 Materno Atípico (TEA) e Ansiedade

Ao se levantar os sofrimentos mentais mais corriqueiros ao materno atípico TEA, o estresse parental, a depressão, a ideação suicida e a ansiedade são os mais comuns. Em

razão da delimitação espacial e temporal, essa pesquisa científica optou por trabalhar a ansiedade em mães de crianças autistas na faixa etária entre 02 a 17 anos¹⁰.

Os artigos que trabalhavam a ansiedade apareceram categorizados normalmente em quatro categorias: saúde mental de mães de autistas, com escopo na ansiedade; a ansiedade como sofrimento mental de mães autistas em culturas específicas (Irã e Arábia Saudita), a ansiedade em mães de autistas durante a pandemia do Covid-19 e as estratégias de enfrentamento em mães de autistas a fim de se trabalhar a ansiedade nesse grupo de mães.

No tocante à saúde mental de mães autistas, as seguintes temáticas foram abordadas: a importância da terapia de mães de crianças autistas na melhoria da capacidade de lidar com o estresse, a ansiedade e a depressão; a investigação da depressão e da ansiedade em mães de crianças autistas e deficientes intelectuais; a relação entre a intolerância, a incerteza e o enfrentamento no bem-estar psicológico de mães de crianças autistas; a relação entre a gravidade do autismo e os comportamentos repetitivos nas crianças autistas e a ansiedade/depressão entre seus cuidadores principais.

Lida et al. (2018) *investigaram a importância da terapia de mães de crianças autistas na melhoria da capacidade de lidar com o estresse, a ansiedade, a depressão*. Trinta mães de crianças com TEA, com idades entre 4 e 11 anos, participaram deste estudo. As mães passaram por terapia com base no Hizen Parenting Skills Training, no Japão, em sete sessões. Cada sessão incluiu educação sobre terapia comportamental, consulta individual e workshops em pequenos grupos. Dezesseis mães completaram a avaliação psicológica, incluindo o Stress Coping Inventory, o Beck Depression Inventory Second Edition, o State-Trait Anxiety Inventory e o Child Behavior Checklist conduzidos antes e depois de 2 meses da terapia. Os resultados antes e depois do programa de terapia foram comparados usando o teste *t* pareado e a correlação de Pearson. Após o programa terapêutico, a estratégia de enfrentamento do estresse das mães categorizado como "avaliação positiva" aumentou significativamente ($p<0,01$) e "fuga/evitação" diminuiu significativamente ($p<0,01$). O Beck Depression Inventory Second Edition ($p<0,05$) e os escores de ansiedade-traço ($p<0,01$) também diminuiram significativamente. A mudança na estratégia de enfrentamento do estresse categorizado como "distanciamento" teve uma correlação significativamente negativa com a mudança nos escores *t* externalizantes do

¹⁰ Optou-se por ansiedade por ser o sofrimento psicológico mais recorrente, junto com a depressão, nas mães paraibanas de autistas entre 02 e 17 anos. E a faixa etária entre 02 e 17 anos foi em razão da faixa etária escolar básica e a cobertura por neuropediatra e/ou psiquiatra infantil.

Child Behavior Checklist de crianças com TEA (Pearson $r=-0,518$, $p<0,05$). A conclusão foi que a terapia pode ser eficaz para mães de crianças com TEA, melhorando seu estilo de enfrentamento com relação ao estresse, à depressão e à ansiedade de traço.

Bramhe *investigou a depressão e a ansiedade em mães de crianças autistas e deficiência intelectual*. A partir do diagnóstico de deficiência dos(as) filhos(as) é comum problemas emocionais como tristeza, perda, descrença, culpa, rejeição, desamparo, negação, vergonha, ansiedade, raiva e depressão aparecerem na vida no materno neuroatípico-TEA. O estigma social também é um obstáculo forte que se impõe na vida da mãe da criança autista corriqueiramente, deixando-a estressada, depressiva, ansiosa. A amostra da pesquisa contou com 60 mães, 30 mães de crianças autistas e 30 mães de crianças com deficiências intelectuais. Os dados foram coletados em hospitais e escolas especiais em Mumbai. A pesquisa constatou que a depressão e a ansiedade são maiores em mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com DI. Os fatores que levam à alta depressão e ansiedade em mães de crianças com TEA estavam relacionados aos problemas comportamentais de seus(as) filhos(as) como hiperatividade, agressividade, comportamento autolesivo e estereotípias. Outro fator de grande relevância a esse quadro de sofrimento mental foram dificuldades na conciliação de atividades ocupacionais com o cuidar da criança, a exemplo do gerenciamento de atividades domésticas, cuidar atípico, problemas financeiros e vida social restrita. A conclusão foi que a depressão e a ansiedade são maiores em mães de crianças TEA em comparação com mães de crianças DI, os resultados corroboram hipóteses e pesquisas anteriores.

Cai et al. (2020) *observaram a relação entre intolerância, incerteza e enfrentamento no bem-estar psicológico de mães de crianças com transtorno do espectro autista*. O objetivo deste estudo foi caracterizar a maneira como a intolerância à incerteza e o enfrentamento (enfrentamento evitativo e focado no problema) predizem a saúde mental e o bem-estar psicológico em pais de crianças com TEA. Apenas mães participaram deste estudo. Cinquenta mães (M_{age} = 44,28 anos, SD_{age} = 6,58) de crianças com TEA responderam a questionários avaliando ansiedade e depressão, bem-estar psicológico, intolerância à incerteza e enfrentamento evitativo e focado no problema. Os resultados deste estudo forneceram evidências preliminares de que o uso mais alto de enfrentamento focado no problema, mas não o enfrentamento evitativo e a intolerância à incerteza predizem o bem-estar psicológico. Além disso, a observação dos autores de maior intolerância à incerteza e maior uso de enfrentamento evitativo prevendo

ansiedade e depressão corroborou pesquisas anteriores. As descobertas deste estudo tiveram implicações para o desenvolvimento de programas de intervenção para ajudar a melhorar a saúde mental e o bem-estar psicológico dos pais. Em resumo, a pesquisa estudou os fatores que impactam a saúde mental dos pais de crianças no espectro do autismo. Foi descoberto que as mães, que não se sentem confortáveis com a incerteza, usam mais enfrentamento evitativo e menos enfrentamento focado no problema, tendo pior saúde mental. Identificar esses fatores foi um primeiro passo crucial no desenvolvimento de programas de intervenção para ajudar a melhorar a saúde mental dos pais. Rita et al. (2020) observaram a relação entre a gravidade do TEA e os comportamentos repetitivos nas crianças com transtorno do espectro autista e a ansiedade e depressão entre seus cuidadores principais. O objetivo do estudo foi avaliar a associação entre a gravidade e os comportamentos repetitivos em crianças com transtorno do espectro autista e os níveis de ansiedade e depressão entre seus cuidadores primários. Crianças com transtorno do espectro autista e seus cuidadores primários foram recrutados da unidade de psiquiatria infantil de um grande hospital infantil terciário no sul da Índia, após consentimento informado. A gravidade do TEA foi avaliada pela Childhood Autism Rating Scale – 1 (CARS-1) e o comportamento repetitivo pela Repetitive behavior scale - Revised (RBS-R). Entre os cuidadores, os níveis de ansiedade foram avaliados pela Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) e os níveis de depressão foram avaliados pela Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). O estudo contou com a participação de 100 crianças com TEA e suas mães (cuidadoras primárias). Houve prevalência de ansiedade e depressão entre mães de crianças com TEA, 44% e 30%. A correlação estatisticamente significativa foi observada entre as pontuações CARS e as pontuações HAM-A ($p=0,002$) e HAM-D ($p<0,001$). Entre os comportamentos repetitivos, o comportamento autolesivo foi significativamente associado às pontuações de ansiedade ($p<0,001$) e depressão ($p<0,001$), enquanto comportamentos estereotipados ($p=0,002$) e compulsivos ($p=0,004$) foram associados às pontuações de depressão. A conclusão foi que houve uma associação significativa entre a gravidade do transtorno do espectro autista e a ansiedade e depressão entre as mães.

Zhang et al. (2023) *examinaram os níveis de atividade física e o estado de saúde mental entre pais de crianças com autismo*. A análise dos dados secundários foi realizada por meio da Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde de 2018. Participaram da amostra 139 pais de autistas e 4.470 pais típicos. Ao serem comparados com pais de crianças

típicas, pais de crianças TEA realizavam menos atividades físicas, e possuíam maior propensão à sofrimentos mentais como ansiedade e depressão.

Ao longo da construção desse capítulo, percebeu-se que há uma vasta preocupação da cultura árabe na melhoria da saúde mental de mães que possuem filhos(as) autistas, tanto no aspecto mais amplo da saúde mental, quanto em tópicos mais específicos, como a ansiedade. Dessa forma, a ansiedade foi estudada em dois artigos, um do Irã e um da Arábia Saudita, que mostra abordagens relevantes ao enfrentamento da ansiedade, nessas culturas.

Kousha et al. (2015) *investigaram a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida em mães iranianas de crianças com TEA*. O transtorno do espectro autista (TEA) está sendo mais reconhecido e diagnosticado em países em desenvolvimento e desenvolvidos. O objetivo do estudo foi investigar a frequência de ansiedade, depressão e qualidade de vida em mães de crianças com TEA em famílias iranianas. Foi conduzido um estudo transversal descritivo sobre dados demográficos e características de saúde mental de 127 mães de crianças com TEA. Mães de crianças com TEA apresentaram altos níveis de ansiedade (72,4%), depressão (49,6%) e baixas pontuações de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Houve forte associação entre a idade da criança e a gravidade da depressão e QV da mãe. A duração desde o diagnóstico de TEA correlacionou-se positivamente com a depressão materna. Ansiedade, depressão e baixa QVRS são mais comuns em mães iranianas com crianças autistas do que mães típicas. O estudo apontou à necessidade de uma investigação mais aprofundada do estado de saúde mental de mães de crianças com TEA, de maneira que se possa fornecer suporte educacional e estratégias intervencionistas para melhorar o estado de saúde mental não apenas das mães, mas de todo o núcleo familiar associado ao cuidar atípico-TEA.

Alghamdi (2022) *estudou o bem-estar psicológico em mães de autistas na Arábia Saudita*. O estudo conduziu uma pesquisa quantitativa transversal para avaliar os níveis de depressão, ansiedade e estresse entre mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com desenvolvimento típico. Além disso, foi avaliado se a percepção de apoio social estava correlacionada ao bem-estar psicológico. O estudo recrutou uma amostra não probabilística de 143 mães de crianças com TEA e um grupo de comparação de 143 mães de crianças com desenvolvimento típico. Para a coleta de dados, um questionário online foi usado para investigar os níveis de depressão, ansiedade e estresse, usando a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse de 21 itens (DASS-21), foi examinado também o apoio social para mães usando a Escala Multidimensional de Apoio

Social Percebido (MSPSS). Como resultados não houve diferença significativa observada nos níveis de depressão e ansiedade entre os dois grupos. No entanto, níveis extremamente severos de depressão e ansiedade foram observados em 23,1% e 27,3% das mães no grupo ASD, em comparação com 11,9% e 16,8% para o grupo de controle, respectivamente. Existiu uma diferença significativa entre os dois grupos nos níveis de estresse. Estresse extremamente severo foi identificado em 17,5% das mães de crianças com TEA, em comparação com apenas 6,3% no grupo de controle ($p = 0,04$). Por fim, o estudo encontrou uma correlação significativa entre as pontuações de estresse, ansiedade e depressão e para MSPSS. A conclusão foi de que é necessário fornecer serviços de saúde mental para mães necessitadas e investigar os fatores subjacentes de níveis extremamente severos de depressão e ansiedade intrínsecos ao sofrimento mental dessas mães.

No tocante à ansiedade durante o período de confinamento da COVID-19, cinco estudos apareceram na busca científica. A observação da atitude, ansiedade e necessidades percebidas de cuidados de saúde mental entre pais de crianças com TEA na Arábia Saudita durante a pandemia do Covid-19; a análise da saúde mental e o apoio social de cuidadores de crianças e adolescentes com TEA e outros transtornos do desenvolvimento durante a pandemia do Covid-19; o estudo que teve por objetivo explorar e observar o papel do cuidador, seja mãe, pai, ou ambos, em relação ao comportamento de crianças com TEA durante o isolamento social do período de surto do Covid-19; a análise da ansiedade/depressão em pais de crianças com TEA durante o primeiro confinamento por Covid-19 e a ansiedade em mães de autistas durante a pandemia do Covid-19.

Althiabi (2021) *observou a atitude, ansiedade e necessidades percebidas de cuidados de saúde mental entre pais de crianças com transtorno do espectro autista na Arábia Saudita durante a pandemia de COVID-19*. A pesquisa, empírica, teve como objetivo explorar a atitude, ansiedade e cuidados de saúde mental percebidos de pais de crianças com TEA na pandemia da COVID-19. Um total de 211 participantes, incluindo mães e pais de crianças com TEA do Reino da Arábia Saudita, participaram deste estudo online. Junto com questões demográficas, dados sobre atitude, ansiedade, estado de saúde mental e cuidados de saúde mental percebidos foram obtidos usando questionário autorrelatado e questionário padrão de referência. Os dados coletados foram analisados usando teste t , análise de correlação de Pearson e análise de regressão linear. As respostas às perguntas abertas também foram coletadas e analisadas qualitativamente. Como resultado o estudo revelou que as atitudes em relação ao cuidado de crianças com TEA

foram afetadas pela idade dos pais e da criança, e as mães foram mais afetadas. Além disso, a ansiedade dos pais durante a COVID-19 foi significativamente maior do que antes da situação da COVID-19. Foi descoberto que o estado mental dos pais durante a COVID-19 mediou a interação entre ansiedade e cuidados de saúde mental percebidos. Finalmente, as perguntas abertas indicaram que os pais buscaram apoio de professores, familiares e terapeutas para lidar com crianças com TEA durante o surto da pandemia. No contexto dos cuidados de saúde mental percebidos, além do apoio psicológico e financeiro, outras medidas como sessões de treinamento, aulas online, etc., foram recomendadas. A conclusão direcionou à importância do apoio do governo e das autoridades de saúde locais para introduzir intervenções para pais e crianças com TEA para melhorar a saúde mental geral.

Wang (2021) *analisou a saúde mental e o apoio social de cuidadores de crianças e adolescentes com TEA e outros transtornos do desenvolvimento durante a pandemia de COVID-19*. Estudos anteriores mostraram que cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) e outros transtornos do desenvolvimento tinham níveis mais altos de estresse parental, ansiedade e depressão. No presente estudo, o autor examinou a saúde mental dos cuidadores e investigou o papel mediador do apoio social entre a gravidade dos sintomas e o estresse parental durante a COVID-19. Durante 20 de março a 8 de abril de 2020, 1.932 cuidadores de crianças e adolescentes com TEA e outros transtornos do desenvolvimento da China foram inscritos para preencher um questionário sociodemográfico, Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse e Escala de Avaliação de Apoio Social. O autor também coletou os sintomas de gravidade da deficiência e os problemas comportamentais das crianças. Os resultados mostraram que 46,01% dos cuidadores relataram sintomas de depressão, 44,67% apresentaram ansiedade e 44,62% apresentaram estresse durante a pandemia da COVID-19. Os pais obtiveram mais apoio subjetivo do que as mães ($p < 0,05$). Cuidadores que tinham o maior nível educacional tinham o maior apoio social ($p = 0,01$). Pessoas que tinham maior renda familiar apresentaram níveis significativamente mais baixos de depressão e ansiedade ($p < 0,05$). O status de emprego dos cuidadores durante a COVID-19 foi significativamente relacionado com sua depressão, ansiedade, estresse e apoio social ($p < 0,05$). O estudo teve algumas limitações, como não ter conduzido a análise longitudinal de variáveis antes da COVID-19. Como conclusão, os resultados mostraram que muitos cuidadores tiveram problemas de saúde mental durante a COVID-19. O autor sugeriu a promoção de apoio

social funcional e intervenções psicoterápicas não apenas para filhos, mas pais, para reduzir o impacto do estresse, ansiedade e depressão em pais de pessoas autistas.

Mohamed et al. (2022) *desenvolveu um estudo que teve por objetivo explorar e observar o papel do cuidador, seja mãe, pai ou ambos em relação ao comportamento de crianças com TEA durante o isolamento social do período de surto de COVID-19*. Foi aplicado um questionário online para famílias com crianças diagnosticadas com TEA que tinha duração de cerca de 20 minutos de preenchimento. Essas crianças foram diagnosticadas em clínica ambulatorial do departamento de pesquisa em crianças com necessidades especiais de acordo com os critérios do DSM5. A pesquisa foi elaborada para estudar o efeito da quarentena de COVID-19 em crianças com TEA e registrar mudanças observadas por seus cuidadores em sua atitude e comportamento durante este período. Os resultados mostraram um potencial impacto psicológico da pandemia de COVID-19 na saúde mental do principal cuidador. A conclusão foi que em termos da influência da pandemia da COVID-19 na saúde mental, os clínicos devem estar cientes dos sintomas de alerta apresentados não apenas por grupos de risco, mas também por todas as pessoas das famílias, preparando-se para trabalhar na saúde mental desses pais no período pós-pandemia.

Minarikova et al. (2022) *analisaram a ansiedade e depressão em pais de crianças com TEA durante o primeiro confinamento por COVID-19*. O estudo foi conduzido durante o primeiro lockdown na França e considerou pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) acompanhados prospectivamente na Coorte ELENA. O objetivo foi (1) comparar os níveis de Ansiedade e Depressão (AaD) durante o lockdown entre mães e pais, (2) comparar o AaD dos pais entre o lockdown e a última visita de acompanhamento do ELENA e (3) identificar fatores de risco para AaD parental durante o lockdown entre características sociodemográficas e clínicas das crianças. Foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) para avaliar o AaD em 134 pares de pais. Os pais também preencheram o Questionário sobre suas condições de vida durante a COVID-19, as intervenções de seus filhos e as mudanças percebidas sobre os comportamentos e o sono de seus filhos. A gravidade do TEA da criança, as habilidades intelectuais e socioadaptativas e as características sociodemográficas dos pais foram coletadas do acompanhamento do ELENA. Os resultados revelaram que os níveis de AaD dos pais foram menores durante o bloqueio em comparação com a última visita do ELENA que coincidiu em 96% com o diagnóstico de TEA da criança. Os níveis de AaD foram mais pronunciados nas mães e significativamente associados aos comportamentos

desafiadores da criança, ao teletrabalho dos pais e ao conhecimento percebido sobre a COVID-19. A percepção de conhecimento insuficiente foi o único fator de risco para o AaD das mães. A conclusão foi que se fez pertinente a avaliação da saúde mental dos principais cuidadores de crianças com TEA, considerando suas características de gênero e a importância de fornecer informações relevantes a sua saúde mental durante a pandemia.

Santiago et al. (2024) *realizaram um estudo transversal sobre a saúde mental de mães de autistas durante a pandemia do COVID-19*. O estudo explorou a associação entre a gravidade dos sintomas do TEA em crianças e a saúde mental de suas mães durante a pandemia da COVID-19. Nosso estudo incluiu 1.924 mães de crianças com TEA, inscritas em uma pesquisa transversal baseada na web por 85 dias consecutivos para coletar dados clínicos e sociodemográficos. A gravidade dos sintomas do TEA foi obtida de acordo com a idade das crianças. Usando a escala Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21), descobrimos que 35,8% das mães experimentaram ansiedade e depressão. Um alto nível de educação e uma alta renda familiar reduziram a chance de ansiedade e depressão simultâneas. Por outro lado, o desemprego, uma criança usando medicação psiquiátrica e maior gravidade dos sintomas do TEA aumentaram a chance de ansiedade e depressão. Notavelmente, a gravidade do sintoma de TEA foi o único preditor de ansiedade e depressão maternas concomitantes em todas as faixas etárias (<3 anos aOR = 2,04, IC 95% 1,07-3,89; 3-5 anos aOR = 2,76, IC 95% 1,67-4,56; ≥ 6 anos aOR = 1,61, IC 95% 1,04-2,50). A conclusão foi que reconhecer os desafios associados ao TEA leva a uma maior aceitação e intervenções personalizadas, melhorando, em última análise, o bem-estar geral de indivíduos com TEA e de suas mães.

Finalmente, da interface ansiedade e estratégias de enfrentamento no materno atípico TEA, foram selecionados três artigos que tinham por finalidade: a investigação da associação entre problemas emocionais e estilos de enfrentamento em mães de crianças autistas; a observação das mudanças no nível de estresse, saúde mental e nas estratégias de enfrentamento das mães e dos pais durante os três anos após o diagnóstico de TEA; a pesquisa sobre o papel das estratégias de enfrentamento e da autoestima no estado psicológico percebido entre cuidadores de criança autista.

Zhou et al. (2019) *investigaram a associação entre problemas emocionais e estilos de enfrentamento em mães de crianças com transtornos do espectro do autismo*. O objetivo foi investigar o estado dos sintomas de depressão e ansiedade em mães com crianças autistas e explorar a associação entre estilos de enfrentamento e problemas

emocionais, fornecendo evidências teóricas de intervenção em saúde mental para mães com crianças autistas. Para tanto, foi realizado um estudo transversal que, por sua vez, foi conduzido em três centros de reabilitação de autismo da cidade de Changsha. Um total de 135 mães de crianças autistas foram recrutadas de março a novembro de 2018. Foram utilizados como instrumentos os questionários autodesenhados, questionário de saúde do paciente-9 (PHQ-9), escala de transtorno de ansiedade generalizada-7 (GAD-7), questionário de estilo de enfrentamento simples (SCSQ) e a lista de verificação de comportamento do autismo- avaliação funcional (ABC). A análise de Spearman foi usada para explorar a correlação entre problemas emocionais e estilos de enfrentamento. A regressão logística ordinal foi conduzida para explorar o impacto dos estilos de enfrentamento para problemas emocionais. Os resultados revelaram que as pontuações dos sintomas de ansiedade e depressão foram 9,0 (5,0, 13,0) e 7,0 (3,0, 11,0), respectivamente. A taxa de ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão foi de 44,5% e 28,1%, respectivamente. Os escores de enfrentamento positivo e negativo foram ($1,75 \pm 0,90$) e ($1,05 \pm 1,03$), respectivamente. Houve 72 (53,3%) e 63 (46,7%) participantes adotando estilos de enfrentamento positivo e negativo, respectivamente. Houve correlação positiva entre enfrentamento negativo e sintomas de ansiedade ($r=0,182$, $p<0,05$). Houve correlação negativa entre enfrentamento positivo e sintomas de depressão ($r=-0,184$, $p<0,05$). A regressão logística ordinal mostrou que o enfrentamento positivo foi um fator de proteção para os sintomas de ansiedade (OR=0,444, IC 95%: 0,205-0,965). A conclusão foi que os sintomas de ansiedade e depressão são problemas comuns em mães de crianças com TEA. É necessário realizar intervenções psicológicas adequadas para incentivá-las a adotar estilos de enfrentamento positivos.

Rattaz et al. (2023) *observou as mudanças no nível de estresse, saúde mental e nas estratégias de enfrentamento das mães e dos pais durante os três anos após o diagnóstico de TEA. O TEA em uma criança afeta a saúde mental dos pais, com níveis elevados de estresse, ansiedade e depressão.* O estudo examinou o estresse, a ansiedade e a depressão das mães e dos pais, bem como suas estratégias de enfrentamento, em uma amostra de 103 crianças e adolescentes, inscritos no estudo de coorte ELENA, na França, no diagnóstico e três anos após o diagnóstico. Os resultados mostraram que as mães tinham níveis mais altos de estresse e ansiedade/depressão do que os pais e usavam mais estratégias de enfrentamento de apoio social no diagnóstico, o que pode ser explicado por maiores níveis de envolvimento dos pais. O nível de estresse das mães diminuiu significativamente durante os três anos após o diagnóstico de TEA, mas nenhuma redução

foi observada no nível de estresse dos pais. Uma redução significativa na ansiedade e depressão foi observada para ambos os pais, sugerindo que o sofrimento parental é particularmente elevado durante o período crítico de diagnóstico. Os resultados finalmente produziram uma redução significativa na estratégia de enfrentamento focada na emoção das mães ao longo do período de três anos, uma estratégia ineficaz que ocorre no momento do diagnóstico, mas diminui durante o período após o diagnóstico de TEA, em relação ao processo de aceitação. A conclusão foi que estratégias de enfrentamento deve ser uma abordagem necessária na prática terapêutica de saúde mental de pais atípicos- TEA.

Hasan e Alsulami (2024) *pesquisaram o papel das estratégias de enfrentamento e da autoestima no estado psicológico percebido entre cuidadores de criança autista*. O objetivo do estudo foi avaliar o sofrimento psicológico entre pais de crianças com transtorno do espectro autista (TEA), a autoestima como um preditor desse sofrimento e o efeito de estratégias de enfrentamento. Um desenho de estudo correlacional descritivo foi conduzido usando uma amostra conveniente de pais de crianças com TEA ($n = 93$). Os resultados do estudo revelaram que os pais de uma criança com TEA experimentaram um alto nível de ansiedade ($m = 15,89$), um nível moderado de depressão ($m = 15,85$) e um nível leve de estresse ($m = 16,86$). Os pais de crianças com TEA também relataram uma baixa pontuação de autoestima ($m = 13,27$). As mães de crianças com TEA relataram níveis mais altos de sofrimento psicológico, níveis mais baixos de autoestima e utilização mais frequente de estratégias de enfrentamento mal-adaptativas do que os pais de crianças com TEA. As implicações práticas foram que os pais de crianças com TEA experimentam um nível significativo de sofrimento psicológico; no entanto, isso pode ser melhorado pelo desenvolvimento de programas e intervenções psicológicas focadas em melhorar a autoestima dos pais e usar estratégias de enfrentamento mais ativas.

Assim, ao se correlacionar as informações, a conclusão geral envolta a interface materno atípico e ansiedade revelam que: há um maior nível de depressão e ansiedade em mães atípicas-TEA; que essa conexão pode piorar se a gravidade do autismo for maior; que há uma necessidade de se mapear o estado de saúde mental de mães TEA especialmente no tocante à depressão e à ansiedade; que existe uma necessidade de apoio social funcional a esse grupo de mães; que a terapia se faz essencial para essas mães, mas que, todavia, as intervenções para essas mulheres devem levar em consideração o contexto de sobrecarga mental pós- pandêmico, considerações que trabalhem a

autoestima dessas mulheres, assim como, estratégias de enfrentamento aptas e eficazes para esse grupo que maternam atipicamente crianças com transtorno do espectro autista.

Conclusão

Se o capítulo anterior revelou que o maternar atípico TEA gera uma espécie de ciclo em que o estigma, envolto a prática discriminatória a essas mulheres, fomenta o sofrimento mental e, conseqüentemente, ao isolamento e exclusão social, esse capítulo veio não apenas apresentar o estresse, a depressão e a ansiedade como sofrimentos mentais mais presentes em mães atípicas TEA quando comparadas a mães típicas e alguns outros tipos de mães atípicas- down, diabetes, DI; assim como, revelar a necessidade de intervenções terapêuticas não apenas para crianças TEA como também para as mães dessas crianças. Todavia, essas práticas devem considerar o contexto de sobrecarga pós-pandêmico, considerações que potencializem a autoestima dessas mulheres e elementos que possam ser trabalhados como estratégias de resiliência e enfrentamento às mães atípicas- TEA. Dessa forma, utilizar-se-á a escala de perdão de Enright para verificar as maiores causas das injustiças vivenciadas por essas mães TEA, e em que contextos elas ocorrem para, assim, relacionar essas injustiças ao nível de perdão e tipo de ansiedade que essas mães apresentam. O intuito é que a partir desse levantamento inicial se elucidem razões e contextos para se construir estratégias de enfrentamento e que, em futuros trabalhos, a escala de perdão possa ser utilizada terapeuticamente como instrumento de autoestima, resiliência e estratégias de enfrentamento para essas mães, enfim, como ferramenta psicoterápica válida e de baixo custo às intervenções de mães autistas.

CAPÍTULO III – Definição, Teoria e Revisão de Estudos Clínicos do Perdão Interpessoal

3 Introdução

Como visto nos capítulos anteriores, é comum que famílias, especialmente mães, cuidadoras primárias, de pessoas com transtorno do espectro autista, passem por diversos obstáculos cotidianos, isso porque, além dos desafios orgânicos/comportamentais experienciados pelas famílias, a exemplo dos déficits cognitivos, linguísticos, da não adaptabilidade social, também há o ciclo de estigma, discriminação e exclusão social que geram sofrimento mental no transcorrer dos anos nesses núcleos familiares, nessas mães.

A saúde mental é uma importante variável psicológica, considerada nos mais diversos domínios sociais, assim, segundo a Organização Mundial de Saúde, inclui não apenas a ausência de doenças, mas também bem-estar e interação saudável em estados e condições físicas, mentais, afetivas e sociais (OMS, 2006). Em relação à saúde mental, as mães de crianças com autismo e deficiência intelectual sofrem muita tensão e ficam expostas a patologias mentais (danos), e algumas das razões estão relacionadas à sobrecarga do cuidar atípico- TEA e à dependência cognitiva, social, emocional, decisional, na maioria dos casos, da pessoa TEA, em relação a sua mãe ou cuidador primário, por toda sua vida (Gupta & Kaur, 2010). Há evidências de que famílias de pessoas com deficiência, especialmente mães de crianças com deficiência intelectual e atraso de desenvolvimento enfrentam alto nível de estresse, depressão, sentimento de vergonha e culpa, ansiedade, raiva, culpabilização, e esses fatores, isolados ou em conjunto, afetam a saúde mental dos membros familiares (Kirk, Gallagher, & Coleman, 2014).

Dos anos de 1990 até os dias atuais, importantes conceitos têm sido pensados a fim de se prestar uma prática psicológica mais humanizada, um deles é o perdão. O perdão surgiu como um fenômeno importante na psicologia, especialmente no domínio da saúde mental e relacionamento interpessoal. Historicamente, tem sido estudado na área da filosofia e teologia, mas dos anos 90 do século passado até os dias atuais, tem crescido na psicologia, em que é estudado como uma variável relacionada à estrutura comportamental e emocional envolta às respostas cognitivas nas relações interpessoais (Enright & Human Development Study Group, 1991). Enright (1991) entendeu o perdão como uma libertação intencional do sofrimento causada por um ofensor e uma resposta benevolente

a ele/ela, mesmo que o ofensor não mereça perdão. Neste ponto de vista, o perdão é uma ação franca e é realizada por uma pessoa ofendida.

Thompson e Snyder (2003) definiram perdão como “criar uma nova percepção sobre a ação ofensiva do infrator, que converte emoções negativas em emoções positivas, ou em estado normal”. Ao relacionar perdão e saúde mental, há evidências de pesquisas que mostram que o perdão liberta as pessoas de sentimentos de raiva, ansiedade, pensamentos e emoções negativas, dúvidas e solidão, bem como, atua como um processo que atenua problemas nas relações interpessoais, melhorando a saúde mental, através da remoção de obstáculos psicológicos existentes nas relações prejudicadas e, conseqüentemente, melhora a qualidade da saúde mental entre vítima e ofensor (L. Smedes, 1996).

Ao se revisar a literatura sobre o papel da mãe autista tanto no gerenciamento do núcleo familiar quanto na resolução de conflitos relacionada ao cuidar atípico- TEA, percebe-se que as injustiças estão sempre presentes nas relações interpessoais dessas mulheres, todavia, o papel do perdão na saúde mental entre essas mães foi minimamente estudado, com apenas um estudo no Irã (Nemati et al. 2016) e um estudo na Tchecoslováquia (Marcinichová et al., 2023) . Tais estudos corroboram o perdão como mecanismo restaurador de danos advindos das relações interpessoais, assim como, o elege como um recurso essencial e eficaz ao enfrentamento e manutenção da saúde mental de mães atípicas TEA (Nemati et al., 2016). Dessa forma, esta pesquisa intenta, através da escala do perdão, observar quais são as injustiças e os contextos de ocorrência mais comuns vivenciadas por mães atípicas-TEA, assim como, relacionar tais fatores com o grau do perdão e o nível e tipo de ansiedade apresentado por essas mães. O intuito é que a partir dos resultados se criem diretrizes de enfrentamento a serem trabalhadas em práticas psicoterápicas e que pesquisas futuras comprovem a eficácia terapêutica da terapia do perdão para esse grupo de mães, neuroatípica, TEA.

3.1 A definição do perdão: Psicologia

Perdão, palavra derivada do latim tardio *perdonare*, significa etimologicamente doar: doar seu direito, enquanto vítima, de estar ressentido com a pessoa que fez uma agressão, causando raiva, mágoa, rancor (Lopes & Santana, 2010).

Na psicologia, foco deste trabalho acadêmico, o estudo do perdão é considerado recente. Explica-se: a psicologia *per se* é campo científico novo, ao relacioná-la com o perdão, acredita-se que, em meados de 1930, surgiram os primeiros artigos teóricos e

empíricos realizados para entender, minimamente, alguns aspectos intrínsecos ao comportamento de perdoar (Lopes & Santana, 2010). Apenas a partir dos anos de 1980 o perdão passou a ser metodologicamente estruturado para estudo na psicologia e, só na primeira década dos anos 2000, é que ele passa a ser investigado no Brasil (Gomes & Ferrarez, 2012).

A construção do conceito de perdão na psicologia é dada, primeiramente, pela exclusão do que não é perdão. Assim, perdão não se confunde com misericórdia legal, clemência, reconciliação, condolência, desculpa, justificativa, egocentrismo, esquecimento, luto, absolvição, negação, ato passivo de diminuir sentimentos de raiva com o passar do tempo (Enright & Coyle, 1998).

Outra discordância comum na área da psicologia do perdão é: (1) se ele é fenômeno intrapessoal ou interpessoal; (2) se está relacionado a deixar sentimentos, comportamentos e pensamentos negativos em prol de elementos positivos, substituindo-os; (3) se o perdão é um evento extraordinário ou comum na experiência cotidiana das pessoas (McCullough et al., 2001).

Neste trabalho, o perdão é entendido como uma atitude moral em que uma pessoa abdica do ressentimento, julgamentos negativos e comportamentos negativos, direcionado ao ofensor que cometeu uma injustiça e, ao mesmo tempo, passa a nutrir sentimentos imerecidos de compaixão, misericórdia e, possivelmente, amor para com o ofensor (Enright et al., 1998).

Ou seja, o aporte teórico dessa pesquisa se coaduna com as delimitações teóricas desenvolvidas por Enright, portanto: (1) a ofensa é injusta e realizada por outra pessoa; (2) o perdão é escolha e não uma obrigação da vítima; (3) é fenômeno que modifica o afeto, a cognição e o comportamento; (4) ocorre somente entre pessoas; (5) implica na substituição de emoções negativas por outras positivas (Lopes & Santana, 2010). A peculiaridade dessa pesquisa é que a vítima é secundária, uma vez que será auferido o perdão de mães por injustiças cometidas contra seus(suas) filhos(as).

Apesar das pesquisas de Enright envolverem o tripé psicologia do desenvolvimento moral, avaliação psicológica e psicologia clínica, em razão de delimitação espacial, as próximas linhas se ocuparão de (1) questões introdutórias do perdão interpessoal para Enright; (2) a psicometria do perdão- a partir da medida de avaliação do perdão interpessoal e (3) a prática terapêutica do perdão.

3.2 A definição do perdão interpessoal: Enright

O perdão é a disposição para abandonar o direito ao ressentimento, ao julgamento negativo e ao comportamento indiferente em relação a alguém que nos feriu injustamente, ao mesmo tempo que se proporciona, imerecidamente, as qualidades de compaixão, generosidade e até mesmo amor por aquele que praticou a ofensa (Enright et al., 1998).

Do ponto de vista filosófico perdão não se confunde fraqueza, jogo de poder, reversão da justiça social, bloqueio à justiça pessoal, perpetuação da injustiça, impossibilidade lógica, indução de inferioridade no outro, indução de inferioridade em si mesmo, falta de respeito pelos outros, alienação, fator produtor de hipersensibilidade à dor (Enright et al., 1991).

Outra delimitação formulada por Enright é que o perdão não se coaduna com falso perdão, assim sendo perdão não se confunde com dívida eterna, nem com estratégia para ganhar ou manter poder sobre os outros, não é ato de ceder unilateralmente a duras demandas (Enright et al., 1998).

Para Enright et al. (1991), perdão não se confunde também com ação imoral ou justiça. Perdão não é dever, ordem, obrigação. Ele ultrapassa os valores da justiça pois quem perdoa vê o outro como igual e digno de respeito, situação rara na justiça. Após o levantamento desses pressupostos, o grupo de estudo de Enright, *The Human Development Study Group*, procurou analisar o modelo de desenvolvimento sociocognitivo do perdão e o modelo processual clínico do perdão, com o intuito de associá-los e prontificá-los à prática clínica. Para manter o foco desta revisão serão apresentados a medida de avaliação e o modelo clínico de perdão.

.2.1 Modelo processual clínico de perdão por Enright

A partir do conceito de perdão como uma resposta moral envolta a um conjunto de estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais, Lundahl et al. (2008) menciona que Enright elaborou o denominado modelo processual, cujo delineamento inicial era: exclusivo para perdoar os outros; descritivo e prescritivo; focalizava benefícios que ocorreram tanto em nível intrapessoal quanto interpessoal; distinguia abordagens positivas e negativas do perdão; diferenciava a ideia de felicidade a curto e longo prazo; contemplava o reenquadramento cognitivo-comportamental como componente de um processo que integrava a convergência de mudanças emocionais, cognitivas, comportamentais, atribuindo igual ênfase a estes sistemas psicológicos (Ferreira, 2009). Eis, portanto, o modelo processual, que até os dias atuais é aplicado a prática clínica:

Variáveis psicológicas que podem estar envolvidas quando se perdoa:

Quadro 1. *Fases do Modelo Processual Clínico de Perdão por Enright*

Fase 1: Fase da Descoberta

1	Exame das defesas psicológicas;
2	Confronto da raiva, a fim de liberá-la, não a alimentar;
3	Admissão de vergonha, quando isso for apropriado;
4	Consciência da catexia;
5	Consciência do ensaio cognitivo da ofensa;
6	Comparação da parte lesada com o ofensor;
7	Percepção de que a própria pessoa pode ser alterada de forma adversa e permanente pela lesão;
8	Entendimento sobre uma visão de mundo justa possivelmente alterada;

Fase 2: Fase da Decisão

9	Mudança, conversão, novo entendimento de que velhas estratégias de resolução não estão funcionando;
10	Disposição para se considerar o perdão como opção;
11	Compromisso para perdoar o ofensor;

Fase 3: Fase de Trabalho

12	Reenquadrar, visualizando o contexto, a representação do malfeitor;
13	Empatia para com o ofensor;
14	Consciência da compaixão, em relação ao ofensor, uma vez que ela surge;
15	Aceitação e absorção da dor;

Fase 4: Fase de Aprofundamento

16	Encontrar significado para si e para os outros no sofrimento e no processo de perdão;
17	Percepção de que o Eu precisou do perdão dos outros no passado;
18	Percepção de que não se está sozinho;

19	Percepção de que o eu pode ter um novo propósito na vida por causa da lesão;
20	Consciência da diminuição do afeto negativo, e talvez aumento do afeto positivo; se isso começar a emergir em relação ao ofensor, consciência da liberação emocional interna;

No desenvolvimento desse modelo, Enright observou dois padrões de mudança arraigados ao perdão: (1) o perdão ocorre quando a dor emocional é tão forte que algo precisa ser feito para que se mude essa situação desconfortável e (2) uma vez que um perdoador se concentra no outro, com a intenção de perdoar, ele/ela opera por um dos três princípios morais: suficiência da contenção misericordiosa, generosidade e o amor moral (Freedman & Enright, 1996).

A testagem desse modelo foi realizada em um estudo piloto que envolveu 12 pessoas sobreviventes ao incesto. Dessas, 06 foram acompanhadas por uma instrutora treinada na literatura sobre o perdão e na ajuda de pessoas que sofreram abuso sexual e 06 delas ficaram no grupo de controle, na lista de espera. Todas elas receberam educação para o perdão. Como já sugerido, foram analisadas as quatro fases das variáveis que podem estar envolvidas no processo do perdão, a fase da descoberta, da decisão, do trabalho e do aprofundamento (Freedman & Enright, 1996).

Na fase da descoberta, na unidade 01, os participantes foram apresentados ao conceito de defesas psicológicas e solicitados a explorar tais defesas como negação, supressão, repressão e deslocamento em seu próprio caso de injustiça. Na unidade 02, os participantes confrontaram sua própria raiva e se apossaram do direito a essa raiva, em razão da traição experienciada. Na unidade 03, houve a exploração da culpa/vergonha, caso existissem, e o instrutor trabalhou que é comum sensações físicas prazerosas com reações psicológicas negativas ao vitimado, o objetivo era diminuir a culpa. As unidades 04 e 05 revelaram aos sobreviventes que os eventos de traição e os padrões de repetição cognitiva deles mantinham o perpetrador sempre diante deles, motivando, portanto, ao sobrevivente mudar de rumo e tentar uma nova estratégia de cura. As unidades 06, 07 e 08 foram examinadas conforme o ritmo de cada participante. No final dessa primeira fase, cada sobrevivente avaliou seu grau de dor emocional (Freedman & Enright, 1996).

A fase de decisão teve por intuito explorar a possibilidade de alguém considerar livremente o perdão como uma estratégia de cura. Houve a discussão de vários tipos de

estratégias de cura, dentre elas o perdão. As definições de perdão foram examinadas e, quando ele foi visto como viável e razoável, realizou-se o compromisso de se abster da vingança contra o perpetrador. No final da fase da decisão, todos os participantes decidiram tentar (Freedman & Enright, 1996).

A fase de trabalho iniciou com a ressignificação de quem era o perpetrador, para tanto, inicialmente, foi analisada a infância/criação desse perpetrador e a vida que ele possuía durante a traição. Após essa primeira etapa, o instrutor trabalhou a diferenciação entre ofensa e ofensor e analisou o surgimento da empatia e compaixão nos participantes. O instrutor deixou a decisão do perdão livre para cada participante e observou que na unidade da absorção da dor, os participantes tentaram interromper os ciclos de vingança, assumindo a dor, ao invés de devolvê-la a outrem (Freedman & Enright, 1996).

Por fim, na fase de aprofundamento, os participantes aprofundaram suas reflexões sobre o perdão, examinando as instâncias que ofenderam outras pessoas, buscando também ser perdoados. Para alguns, isso motivou o denominado perdão genuíno, uma vez que se começou a apreciar o esforço envolvido em perdoar e ser perdoado (Freedman & Enright, 1996).

Em suma, o perdão é operacionalizado como uma atitude motivada pela compaixão, que melhora sentimentos, pensamentos e comportamentos, com relação ao transgressor (Rique & Camino, 2007). O tempo necessário ao perdão possui relação direta com o nível de profundidade da mágoa, ou seja, o perdão é processo único, individual, idiossincrático. O modelo processual envolve quatro fases, subdivididas em vinte passos, e não possui estrutura rígida, em razão do fato de que ele não é seguido em ordem e/ou não se aplica a todas pessoas.

A síntese do modelo supramencionado, fez com que Enright et al. (1998) refletissem sobre o fato de que a definição de perdão adotada por uma pessoa, influencia o conselho que ela dá, ou seja, uma definição falha de perdão, implica na construção de um modelo insuficiente. Seus estudos alertaram para a inexistência da supremacia de um modelo, para o relativismo envolto ao conceito de perdão, para a propagação desnecessária de modelos, para uma linguagem científica complexa desnecessária, afinal, o perdão é fenômeno que deve ser acessível a todos (Enright & North, 1998).

O propósito da pesquisa empírica é validar teorias conceituais sobre o processo e etapas do perdão, demonstrar sua associação com outros comportamentos humanos e utilizar o perdão no processo e resultado de uma pesquisa (Sells & Hargrave, 1998). Se a primeira fase dos estudos empíricos, após o estudo piloto, tiveram por escopo o

perdoador, o perdão como fenômeno interpessoal e a necessidade da construção de uma escala para mensurar o perdão, a segunda fase de tais estudos foi caracterizada pela validação e eficácia das escalas de perdão e aplicabilidade destas nas práticas clínicas contemporâneas.

Atualmente, ao se filtrar os estudos empíricos categorizados por “Perdão”, “Forgiveness”, “Enright”, “Rique”¹¹, há uma totalidade de 125 artigos, sendo 31 replicados, restando 94 artigos aptos a serem trabalhados. Desses, 80% referem-se à utilização da intervenção do perdão na prática clínica, 17% à validação e mensuração de escalas e 3% às discussões bibliográficas sobre o tema. Dessa forma, as sessões a seguir irão apresentar a medida de avaliação do perdão interpessoal e os grupos injustiçados que tiveram por escopo clínico a aplicabilidade do *Enright Forgiveness Inventory*.

3.3 Psicometria do perdão: o Inventário de Perdão de Enright

O pressuposto de uma pesquisa empírica válida está relacionado a medidas de avaliação válidas e confiáveis, eis, portanto, o surgimento da escala *Enright Forgiveness Inventory* (EFI). A EFI avalia o grau em que a vítima perdoa o ofensor e é alicerçada no fundamento do perdão como um processo interpessoal. Trata-se de uma escala Lickert de 6 pontos, com três subescalas categorizadas em afeto, comportamento e julgamento, ao final, a soma dos escores das três subescalas indica o grau ou atitude ao perdão (Subkoviak et al., 1995).

É verdade que o perdão é um constructo que pode ser avaliado de maneira informal, através do progresso em psicoterapia, todavia, na contemporaneidade, espera-se auferir o perdão de maneira formal, através da utilização de instrumentos padrões, a exemplo do EFI (Ferreira, 2009). A primeira versão do EFI (Subkoviak et al., 1995) é formada por duas partes. A primeira parte é composta por um relatório que diz respeito a informação referente à pessoa e a transgressão que ela vivenciou. A segunda é constituída por 60 itens, nessa versão mais longa, original, cada subescala é formada por 10 itens positivos, relacionados à presença de afeto, comportamento e julgamento positivos direcionados ao ofensor, e 10 itens negativos vinculados a ausência de afeto, comportamento e julgamento positivos negativos para com o transgressor. Quanto às 06 escalas internas, elas dizem respeito ao posicionamento que o indivíduo deve apresentar (1- discordo fortemente, 6- concordo fortemente). O resultado final de cada subescala irá

¹¹ Houve a inclusão de Rique em razão do quantitativo de obras sobre o perdão, em português, e no Brasil. Ou seja, por ser polo, no Brasil, das pesquisas iniciadas no Estados Unidos, por Enright.

de 20 (baixo grau de perdão) à 120 (alto grau de perdão). O resultado final do EFI *per se* varia de 60 (baixo grau de perdão) à 360 (alto grau de perdão) (Ferreira, 2009). Além dessa composição, há 08 itens que têm por objetivo auferir a consistência interna e o pseudo-perdão (Enright & Fitzgibbons, 2000). A combinação dos itens e das escalas internas envoltas ao EFI foi feita de forma aleatória (Rique et al., 2007).

Nesse sentido, um primeiro estudo foi realizado, com a EFI, tendo por amostra estudantes universitários americanos, a fim de se observar a relação entre o grau de perdão e o grau de mágoa. A amostra contou com adultos, pais de jovens estudantes, e sempre o sexo do entrevistado correspondia ao do seu pai/mãe. Os resultados revelaram: (1) relação inversamente proporcional de mágoa e perdão, a saber, quanto maior a mágoa, menor o perdão; (2) havia um efeito significativo da idade no grau de perdão, ou seja, com o avanço da idade, perdoava-se mais (Subkoviak et al., 1995).

Após essa primeira pesquisa, houve uma outra, complementar, com o objetivo de verificar a relação entre idade e sexo no fenômeno do perdão. Para tanto, 112 estudantes universitários americanos participaram do estudo, e como resultado houve uma correlação significativa entre idade e sexo, especificando, enquanto mães perdoaram mais do que os pais, homens jovens universitários perdoaram mais do que mulheres jovens universitárias, com o indicativo de variação no processo do perdoar, com o tempo, entre homens e mulheres (Park, 1998).

Uma vez que os estudos iniciais envoltos à EFI obtiveram sucesso, a escala passou a ser traduzida e/ou validada em diferentes lugares do mundo. A EFI foi traduzida e validada para o alemão, o holandês, o hebreu e o norueguês, de acordo com as normas disponíveis às diversas culturas. Ela também foi validada, com forte consistência interna, na Áustria, Brasil, Bélgica, Coréia do Sul, Estados Unidos, Israel, Noruega e Taiwan. Desses países, a Coréia do Sul e o Taiwan foram os únicos que utilizaram a versão em inglês. No Brasil, a EFI foi traduzida à língua portuguesa e validada com o título *Escala de Atitudes para o Perdão* (Rique & Camino, 2010), e era composta pela folha de rosto, o inventário com 60 itens e a medida independente, que quantificava quanto a vítima havia perdoado o ofensor.

Com a eficácia terapêutica da EFI no Brasil e nos países anteriormente citados, houve a expansão da investigação da escala para uma modalidade mais curta -EFI-30 (Enright et al., 2021), como também para escopos diferentes do perdão interpessoal, a exemplo da validação de um inventário para o auto perdão (Kim et al., 2021), o perdão intergrupo (Van Tongeren & Lindemann, 2020), o perdão em grupo (Kira et al., 2009).

A EFI-30 é uma medida de perdão interpessoal reduzida. Para criação dessa nova medida, dados dos Estados Unidos foram aplicados em sete países: Áustria, Brasil, Coreia do Sul, Israel, Noruega, Paquistão e Taiwan. O objetivo foi encontrar 30 itens com maior poder discriminativo nessas sete diferentes culturas. Os resultados forneceram evidências psicométricas para a versão reduzida da EFI-30 nessas culturas (Enright et al., 2021).

A proposta da redução da EFI pela metade contou com a seleção, em ordem decrescente, dentro de cada subescala, dos itens com melhores qualidades. Para tanto, esperou-se como condição necessária que a redução da escala afetasse em menos de 50% sua qualidade psicométrica. Os resultados encontrados revelaram: (1) a condição de preservação dos 50% da qualidade psicométrica foi satisfeita em todas subescalas do instrumento, indicando boa qualidade dos itens na versão reduzida da medida; (2) a estrutura da versão reduzida demonstrou ajuste incremental quando comparada àquela estimada aos 60 itens da versão brasileira original (Andrade, 2014).

Em razão da praticidade e temporalidade, esta pesquisa acadêmica irá utilizar a versão reduzida da escala, ou seja, a EFI-30, para verificar o perdão diante de injustiças vivenciadas por mães atípicas TEA e mães neurotípicas. Na seção que irá trabalhar os instrumentos utilizados neste trabalho, haverá uma maior especificação desta medida.

3.4 Perdão Interpessoal: Prática Clínica

Entre julho e agosto de 2023, foi feito um levantamento no Portal de Periódicos da Capes, em buscas avançadas, utilizando como palavras-chave “interpersonal forgiveness”, “interpersonal forgiveness scale”, “EFI-30”, “Enright”. Dos 96 artigos selecionados, apenas 53 foram aptos a serem trabalhados. 23 tinham o escopo no estudo da escala *per se*, destes, 14 foram trabalhados diretamente e, 09, indiretamente. No tocante ao perdão interpessoal na prática clínica, 30 artigos foram selecionados e analisados por categorias, a saber: idosos (04), saúde física (04), família (08), educação (05), saúde (pública) (02), justiça (02), violência (03), neurodivergentes (02). Finalmente, foram deixados de lado aqueles que discutia o perdão exclusivamente dentro da teologia ou filosofia, os que estruturavam instrumentos a partir da EFI, os que formulavam e testavam inventários de auto perdão ou perdão grupal. Houve importantes artigos que trabalharam o perdão com a população sem teto, com vítimas do holocausto, com pessoas que vivenciavam o luto, e com pessoas que sobreviveram ao suicídio, mas, como o foco desses artigos ora apresentaram uma perspectiva grupal, ora de auto perdão, em razão do espaço, os 43 artigos restantes foram descartados.

Assim, estudos utilizando a EFI como instrumento de intervenção terapêutica em idosos se mostraram bastante eficazes. Um estudo realizado por Hantman e Cohen (2007) investigou a relação do perdão com o conceito de vida apresentado pelos idosos participantes da intervenção. Este estudo foi realizado em Israel, contou com 225 participantes, utilizou como instrumentos o EFI, a escala Reker de significado de vida, um questionário com informações demográficas, e uma lista com eventos traumáticos da vida. O resultado revelou que o significado da vida está correlacionado com o perdão em todas suas dimensões, mulheres tendem a perdoar mais, há uma tendência a se perdoar mais familiares e pessoas vivas do que não familiares e pessoas mortas. Ingersoll-Dayton et al. (2009) discutiram a descrição e aplicabilidade do modelo terapêutico do perdão na intervenção do serviço social com idosos. Esse trabalho contou com 40 participantes, 20 homens e 20 mulheres, entre 57 a 82 anos de idade. Os instrumentos utilizados foram as medidas do perdão e o modelo de funcionamento biopsicossocial. Os resultados apontaram que a longo prazo o perdão melhora quadros depressivos, a curto prazo ele melhora a saúde física, mas que ele não foi significativo com relação às variáveis ansiedade e apoio social. Decaporable-Ryan et al. (2013) mediram o perdão em mulheres idosas casadas. O objetivo era encontrar a utilidade da EFI em uma amostra de 67 mulheres. Os instrumentos utilizados foram o EFI, as medidas de enfrentamento religioso, depressão, raiva, ansiedade, satisfação conjugal. O resultado demonstrou que o EFI possui propriedades psicométricas sólidas e é ferramenta útil à terapia do perdão. López et al. (2021) realizaram uma meta-análise sobre a eficácia das intervenções de perdão em idosos. Foram pesquisados estudos desenvolvidos entre 1990 e 2020 que tentava promover o perdão em idosos. A maioria desses estudos foram tratamentos em grupo direcionados a idosos residentes em comunidade de apoio. Os participantes foram, em sua maioria, mulheres. Os objetivos e conteúdo das intervenções foram ecléticos e muitas vezes não estavam bem definidos. Os participantes que receberam intervenções de perdão relataram, significativamente, níveis mais elevados de perdão do que os participantes que não receberam tratamento. Regra geral, a terapia do perdão promoveu mudanças na depressão, estresse e raiva, quando comparada a outros tipos de intervenções. Os efeitos relatados foram moderados e não houve modelo que tivesse melhor desempenho do que outro em termos de empregabilidade. O resultado geral é que a terapia do perdão é eficaz em idosos.

A psicologia do perdão também tem se revelado bastante relevante à promoção da saúde física. Waltman et al. (2009) avaliaram um estudo piloto sobre a psicologia do

perdão na alteração da perfusão miocárdica, induzida pelo estresse da lembrança da raiva, a partir do perdão e das variáveis relacionadas. 32 pacientes receberam repouso basal e estudos de imagens de estresse com lembrança da raiva; 17 deles demonstraram defeitos de perfusão miocárdica induzidos por estresse de lembrança de raiva (grupo de perdão, $n=09$; grupo de controle, $n = 08$). Dessa forma, tanto o grupo do perdão, quanto o grupo controle foram designados para uma série de 10 sessões semanais e foram submetidos a estudos adicionais de imagem nuclear de perfusão miocárdica, estresse de recordação de raiva, pós-teste e acompanhamento de 10 semanas. Os pacientes designados para o grupo de perdão mostraram, significativamente, menos defeitos de perfusão miocárdica, induzidos pela recordação de raiva, desde o pré-teste até o acompanhamento monitorado nas 10 semanas. Houve também ganhos significativamente maiores do perdão, quando comparados do pré-teste ao pós-teste. Assim, a intervenção do perdão, com a EFI, pode ser um meio eficaz na redução da isquemia miocárdica induzida pela raiva em pacientes com doença arterial coronariana. Hansen et al. (2009) analisaram a terapia do perdão como uma ferramenta eficaz na melhoria do bem-estar psicológico, contribuindo de maneira valiosa ao plano geral de tratamento de paciente com câncer terminal. Este estudo testou, experimentalmente, a eficácia de uma terapia do perdão, desenvolvida durante quatro semanas, na melhoria da qualidade de vida de pacientes idosos com câncer, em estado terminal. 20 participantes foram aleatoriamente designados para um grupo de terapia de perdão ou para um grupo de controle/lista de espera, que recebeu terapia de perdão no segundo período de quatro semanas. Todos os participantes preencheram instrumentos que medem perdão, esperança, qualidade de vida e raiva no pré-teste, no pós-teste 1 e no pós-teste 2. O grupo de terapia do perdão apresentou melhora maior do que o grupo de controle, com testes *t* unicaudais, em todas as medidas. Depois de receberem a terapia do perdão, os participantes, em todas as condições de tratamento do perdão, demonstraram melhorias significativas em todas as medidas. O tamanho do efeito agregado foi grande. A terapia de perdão de quatro semanas demonstrou benefícios psicológicos para pacientes idosos com câncer em estágio terminal e, portanto, pode ser um complemento apropriado ao plano de tratamento para pacientes terminais com câncer. Quenstedt-Moe & Popkess (2012) estudaram a influência do perdão tanto na saúde psicológica quanto física dos indivíduos. A enfermagem paroquial compreendeu o perdão como um benefício potencial para o autocuidado e a promoção da saúde. Para se medir o perdão foi utilizado o EFI. A saúde foi verificada a partir da medida de Estado/Traço de Raiva de Spielberg, medida de Beck de depressão II, FPS-15 de pesquisa em saúde. O

índice de massa corporal também foi calculado. Métodos mistos foram usados para descrever as descobertas qualitativas, a partir da utilização de análise de conteúdo sobre os tipos de violações injustas que mulheres cristãs experimentaram. As mulheres expressaram violações injustas graves tais como abuso sexual, físico, emocional, financeiro e espiritual. Correlações estatísticas sugeriram importantes relações entre o perdão e as medidas gerais de saúde utilizadas. Por fim, Lee e Enright (2019) realizaram uma meta-análise com o intuito de observar a relação entre o perdão e a saúde física. Foram observadas questões como idade, sexo, raça, nível de escolaridade, situação profissional, tipo de amostra, desenho de pesquisa, tipos de variáveis da saúde física e status de publicações como potenciais moderadores. Os estudos elegíveis tiveram pacientes com ou sem problemas de saúde física ou mental, e contou com dados quantitativos sobre o perdão aos outros e saúde física. As medidas utilizadas para o resultado foram medidas do estado de perdão, das características do perdão, e de saúde física. 128 estudos foram selecionados ($N = 58.531$), nos quais os tamanhos médios de efeito mostraram uma relação positiva significativa entre o perdão e a saúde física ($r = 0,14$, $p < 0,001$, IC 95% $[0,11, 0,17]$). Nenhum moderador mostrou uma relação significativa entre o perdão e a saúde física. Assim, a conclusão é que a relação positiva entre o perdão e a saúde física não foi afetada pelos potenciais moderadores.

O perdão também pode atuar como uma terapia eficaz na intervenção que envolva a família, seja entre casais ou entre relacionamento pais-filhos. Estudo de Orathinkal & Vansteenwegen (2006) examinou a associação entre perdão e satisfação conjugal em relação à estabilidade conjugal. Foi realizado um estudo comparativo entre adultos que eram casados pela primeira vez ou que se casaram novamente. Foram entrevistadas 787 pessoas da região de Flandres, Bélgica. O estudo mostrou que embora no perdão, de maneira geral, não tenha existido diferença significativa entre os primeiros casados e recasados, os primeiros casados diferiram significativamente em duas subescalas do EFI, quando comparados aos recasados. Houve diferença significativa na satisfação conjugal dos primeiros casados e recasados. O estudo apresentou correlação positiva entre o perdão e o ajustamento geral à vida de casal. Orathinkal et al. (2008) examinaram a relação entre religiosidade e perdão entre adultos casados pela primeira vez e recasados. O trabalho contou com a mesma amostra do estudo supramencionado e utilizou como instrumentos o EFI e a Escala de Religiosidade de quatro itens que medem, respectivamente, o perdão e a religiosidade. Os resultados indicaram que a religiosidade se correlacionou positivamente ($p = 0,0001$, $r = 0,15$) com o perdão. Houve diferença significativa entre a

religiosidade dos primeiros casados e dos adultos recasados ($p = 0,0001$ - bicaudal, $d = 0,61$). Numa análise por gênero, as mulheres apresentaram uma religiosidade estatisticamente significativamente superior à dos homens ($p = 0,00005$ - unicaudal, $d = 0,28$). Entre as variáveis demográficas, idade ($r = 0,26$), número de filhos ($r = 0,35$), número de anos de casamento ($r = 0,34$) apresentaram correlação positiva estatisticamente significativa ($p = 0,0001$) com a religiosidade. O objetivo específico desse estudo foi informar à área médica o valor do perdão e da religiosidade nas intervenções terapêuticas. Worthington et al. (2010) verificaram uma conceituação do perdão sobre estresse e enfrentamento para fornecer uma estrutura à compreensão do perdão no contexto familiar, especialmente com os cristãos. Foram avaliados os inventários mais utilizados na terapia do perdão na época do estudo, a saber, EFI; perdão emocional de Worthington, por meio do programa de perdão REACH; modelo baseado em decisão de DiBlasio; e perdão e reconciliação de Worthington por meio da experiência de empatia. O estudo comprovou a qualidade dos modelos, incentivando seus usos empíricos, para verificar sua eficácia no contexto familiar. Meneses (2014) buscou relacionar os processos comumente vivenciados nas sessões psicológicas com o perdão interpessoal e o resultado terapêutico. Para esse estudo ela contou com 33 casais que receberam terapia focada na emoção para resolver uma lesão emocional que ocorreu há pelo menos dois anos. Foram estudados cinco componentes de mudança derivados de uma tarefa envolta ao modelo analítico do processo de perdão. Para tanto, foram utilizados 205 segmentos gravados em vídeo de 33 sessões de terapia de casais. Os cinco componentes observados foram: “expressão de vergonha do agressor”; a “resposta de aceitação” do parceiro magoado e a “expressão de perdão na sessão”; “a pressão para perdoar do agressor” e a “competição de mágoas”. Foram utilizados como instrumentos o EFI, a escala de ajustamento diádico e a escala de confiança interpessoal. Os resultados mostraram que o modelo de regressão que incluiu vergonha, aceitação e perdão foi significativo e responsável por 50% da variação do resultado em o EFI, embora nas outras escalas não tenha sido significativo. O que comprova que o EFI é um importante recurso terapêutico na terapia de casais. Finalmente, DeCaporale et al. (2016) procuraram analisar o efeito do perdão em casais idosos em que um deles apresentava demência e o outro possuía um papel de cuidador. O envolvimento nos processos de perdão, envoltos às terapias, pode beneficiar as esposas, reduzindo o ressentimento arraigado às tensões passadas, restaurando a confiança e melhorando a experiência geral de prestação de

cuidados, esses achados são particularmente importantes à intervenção clínica e são inversamente relacionados com o sofrimento conjugal e o estado de ansiedade.

Com relação aos pais, Lee & Enright (2009) desenvolveram um estudo com o intuito de examinar como o perdão media e modera o tratamento injusto recebido pelos pais em sua família de origem e a raiva com suas crianças. 80 pais, casados, com filhos entre 02 e 07 anos idade, preencheram, individualmente, o questionário de abertura, o EFI, a escala de origem de mágoa da família, a escala de raiva direcionada à criança, o inventário de expressão do estado de traços de raiva II. A análise de moderação revelou que para 20 pais que foram magoados pelos próprios pais e que os filhos tinham entre 02 e 07 anos, o perdão moderou significativamente a relação entre pais-filhos participantes da amostra ($p = 0,034$). Os resultados sugeriram um efeito de gênero intergeracional entre pais injustiçados e seus filhos. Halstead (2012) realizou um trabalho com o intuito de elaborar um curso de perdão, eficaz, desenvolvido na igreja, que ajudasse os adultos a explorar suas relações parentais. A eficácia do curso foi medida de duas formas: (1) as análises estatísticas determinaram a importância da relação entre as pontuações pré e pós curso das pessoas, no EFI, nas escalas estaduais de auto-perdão, e na escala teológica-que avaliava se perdoar os pais afetava o relacionamento da pessoa com Deus. (2) foi empregada uma investigação narrativa com o intuito de interpretar as narrativas dos participantes. A significância estatística foi alcançada em todas as escalas. As conclusões foram eficazes e revelaram que o processo do perdão pode ser ensinado e aprendido no contexto que envolva mágoa/injustiça familiar. Kim e Enright (2017) observaram em crianças quais áreas específicas de seus resultados seriam influenciadas tanto pelo estado e traço de raiva de seus pais, quanto pela expressão total da raiva por eles desenvolvida (raiva expressa de forma menos controlada). O intuito era, a partir dessa análise inicial, explorar o potencial de perdão dos pais na melhoria dos resultados da criança. Participaram do estudo 82 casais, com filhos entre 09 e 11 anos de idade, vinculados a uma amostra nacional. As mães responderam uma pesquisa online em que preencheram um instrumento sobre os resultados socioemocionais e acadêmicos de seus filhos, e forneceram informações demográficas sobre o pai de seus filhos. Após essa primeira etapa, os pais responderam instrumentos relacionados a medida de raiva e perdão. Os resultados mostraram que o estado, o traço de raiva, a expressão total de raiva dos pais estava positivamente associada à sensibilidade/ansiedade emocional de seus filhos; o estado de raiva e a expressão total de raiva dos pais estavam positivamente associados à sensibilidade/ansiedade emocional de seus filhos; o estado de raiva e a expressão total de

raiva dos pais estavam positivamente associados às relações negativas de seus filhos com os pares. Embora tenha havido uma relação positiva entre os resultados socioemocionais e acadêmicos dos filhos, não houve relação entre os resultados do pai e os resultados acadêmicos dos filhos. Por último foi encontrada uma correlação negativa entre a raiva e o perdão dos pais, conforme esperado, mas não foi encontrada nenhuma relação entre o perdão dos pais e os resultados de seus filhos. O estudo discutiu os potenciais efeitos da redução da raiva dos pais nos resultados da criança, bem como levantou suas limitações e as diretrizes futuras que devem ser discutidas para preenchê-las.

Institucionalmente, a terapia do perdão tem crescido muito nas áreas da educação, saúde e justiça. Gassin e Enright (2005) analisaram a educação por meio do perdão como ferramenta para paz no Milwaukee. O estudo contou com a descrição de uma intervenção do perdão que foi construída com o intuito de ajudar crianças – vulneráveis – num ambiente central da cidade. Esses ambientes são considerados de risco em razão de suas problemáticas psicológicas e sociais. A injustiça muitas vezes leva a raiva, uma emoção bastante presente no desenvolvimento de problemas psicológicos, interpessoais e até mesmo acadêmicos. A conclusão é que o programa de educação sobre o perdão se revelou tão promissor em Belfast, Irlanda do Norte, que passou a ser estendido para o centro da cidade de Milwaukee. Lin et al. (2011) investigaram como o perdão pode ser uma ferramenta utilizada para promover o desenvolvimento do caráter de crianças e adolescentes. No artigo é discutido não apenas o perdão como um conceito moral, mas também como ele pode contribuir às discussões atuais sobre a educação do caráter. Após a revisão da literatura foi descrito como o programa do perdão pode ser uma forma eficaz de educação do caráter e foi revelado quais contribuições que a literatura sobre o perdão pode trazer ao campo da educação do caráter. A conclusão é que o perdão proporciona, aos interessados no desenvolvimento do caráter, um programa que pode melhorar as iniciativas educacionais e avançar a agenda de investigação sobre a educação do caráter. Taysi & Vural (2016) analisaram a educação do perdão em crianças turcas na quarta série do ensino fundamental. A autora relacionou a vivência na pobreza com efeitos negativos em crianças pequenas e que o perdão pode ser um importante preditor de bem-estar entre essas crianças. Os programas de educação para o perdão visam curá-las, aumentando o perdão, a esperança e os elementos pró-sociais e diminuindo, conseqüentemente, a raiva e a depressão que aparecem após uma dor profunda. Dois estudos foram realizados para avaliar o programa de educação para o perdão, com base no modelo de Enright. No primeiro estudo foi revelado que estudantes pobres apresentavam raiva e depressão

significativamente maiores quando comparados a estudantes com nível socioeconômico médio. O segundo estudo contou com 122 alunos do quarto ano ($n = 74$ no grupo experimental e $n = 48$ no grupo de controle), em cinco escolas primárias, em que professores da escola, com o apoio de psicólogos, implementaram o programa de educação sobre o perdão. A análise revelou um aumento significativo no perdão e na esperança e uma diminuição da raiva no primeiro pós-teste para o grupo experimental em comparação ao grupo de controle. A autora alerta que a pesquisa deve ser replicada. Freedman (2018) trabalhou o perdão como uma ferramenta educacional com adolescentes de alto risco. Assim foi implementada uma educação terapêutica, com escopo no perdão, com 10 adolescentes, em situação de risco, que frequentavam uma escola alternativa em uma cidade do Centro-Oeste (Estadunidense). Todos eles possuíam entre 15 e 19 anos. Foi utilizado um desenho pré e pós teste de grupo experimental randomizado e controle ativo. 21 participantes foram designados, aleatoriamente, para o grupo experimental (aula de educação sobre o perdão) ou para o grupo de controle (aula de comunicação pessoal). Foram 31 sessões, totalizando aproximadamente 23 horas. A pesquisa utilizou o modelo de Enright e foram trabalhadas como variáveis dependentes as escalas de perdão, de autoestima, esperança, depressão, ansiedade. Após a educação, o grupo experimental aumentou mais os níveis de perdão e esperança quando comparado ao grupo de controle, assim como, houve uma diminuição significativa da ansiedade e depressão. A conclusão é que a educação para o perdão apresenta um impacto positivo no contexto escolar. Finalmente, Freedman & Chen (2023) pesquisaram a educação para perdão em alunos de quinta série. Elas elaboraram, a partir do modelo de Enright, um currículo educacional, de duração de 10 semanas. Participaram do trabalho crianças, entre 10 e 11 anos, da quinta série do ensino fundamental, que frequentavam uma escola de baixa renda, em uma cidade do Centro-Oeste Estadunidense. Foi utilizado um projeto exploratório de pré-teste e pós-teste, de grupo único, para examinar as mudanças para um ofensor específico, o conhecimento e a compreensão do perdão, e os níveis de raiva. Após a educação, os alunos ilustraram um aumento estatisticamente significativo no perdão para com um ofensor que os magoou e no conhecimento sobre o perdão. Não foi encontrada significância estatística para mudanças na raiva. As declarações verbais dos alunos também ilustraram que a educação para o perdão aumentou o conhecimento dos alunos sobre o perdão e a vontade de perdoar em situações de mágoa e conflito.

Vander Weele (2018) enfatizou a importância do perdão como ferramenta de saúde pública. Ele argumentou que sofrer injustiças é uma experiência comum do ser humano

e que a terapia do perdão, em razão de sua praticidade, baixo custo e eficiência, pode ser uma ferramenta de promoção à saúde física e mental. Um dos argumentos utilizado por ele é que para alocar uma intervenção na saúde pública, faz-se necessário levantar quão comum é a exposição ou experiência e quão grande são seus efeitos, assim, se ser injustiçado é uma experiência comum e a terapia do perdão, nesses casos, apresenta efeitos substanciais à saúde, talvez o perdão deva perpassar o significado moral, teológico e relacional e alcançar a importância como elemento de saúde pública. Kim et al. (2022) realizaram um estudo piloto para investigar a eficácia de uma biblioterapia de perdão, de 08 semanas, com um pequeno número de estudantes de graduação em enfermagem, com o intuito de promover a educação e a facilitação do perdão no autocuidado da enfermagem. Os estudantes participantes foram designados, aleatoriamente, para dois grupos, o primeiro grupo experimental, e o segundo grupo de controle sem contato. A partir das 08 chaves para o perdão, de Enright, o primeiro grupo leu um capítulo por semana, durante 08 semanas, e forneceu reflexões semanais sobre essas leituras. O perdão e medidas de resultados relacionados ao perdão foram administrados no pré-teste, pós-teste e acompanhamento de um mês. Os resultados revelaram que no pós-teste o grupo experimental teve uma melhoria significativamente maior no perdão em comparação com o grupo de controle, com um grande tamanho de efeito, que se manteve após um mês de acompanhamento. Não houve outra diferença significativa entre os grupos. As comparações no grupo experimental revelaram melhoras no perdão, ansiedade, depressão e fadiga dos períodos pré e pós-teste e perdão, raiva, ansiedade, depressão e fadiga dos períodos pré e pós-teste de acompanhamento. A conclusão é que a biblioterapia pode promover a virtude do perdão para estudantes de enfermagem, implicando no seu autocuidado, e consequentemente na melhoria de sua prática clínica.

Na justiça, Erzar et al. (2019) investigaram a influência da vitimização na infância, da injustiça recente, da raiva e do perdão em uma amostra de infratores do sexo masculino presos em instituições correcionais. Para tanto, os objetivos do estudo foram (a) explorar como os infratores lidavam com o tratamento injusto recente e observar as ligações entre o tipo de injustiça, a dor sofrida devido à injustiça e o uso do perdão; (b) testar as ligações entre vitimização infantil, mágoa e raiva crônica; (c) avaliar o papel mediador da raiva crônica em relação à mágoa e ao perdão. Os resultados revelaram que a multiplicidade e a gravidade da exposição à vitimização na amostra prisional estavam positivamente associadas à raiva crônica, mas não à mágoa. O tipo de injustiça afetou o nível de mágoa e perdão, enquanto a raiva crônica mediou a ligação entre mágoa e perdão. Para melhorar

o enfrentamento da mágoa e promover o perdão, os infratores devem ser ajudados a identificar as fontes cotidianas de estresse e aprender a expressar seus sentimentos vulneráveis sobre a raiva. Yu et al. (2021) analisaram a terapia do perdão como uma nova abordagem de reabilitação para homens, em uma instituição correcional de segurança máxima, a fim de se aliviar comprometimentos psicológicos. Em um estudo de dois níveis, 103 participantes voluntários de uma instituição correcional foram convidados a relatar experiências passadas de um abuso e tratamento injusto antes do seu primeiro crime, e foram avaliados em termos de raiva, ansiedade, depressão, esperança e perdão. Essa primeira avaliação selecionou os 24 participantes clinicamente mais comprometidos. Primeiramente, esses participantes foram combinados em certas características, depois designados aleatoriamente para intervenções em grupo experimental, ou de controle, seguido por um desenho cruzado (N=09 em cada grupo de estudo). Os participantes experimentais receberam 24 semanas de Terapia do Perdão. Os participantes do grupo de controle receberam 24 semanas de tratamento alternativo, seguido de terapia do perdão. As variáveis dependentes incluíram raiva, ansiedade, depressão, perdão, esperança, autoestima e empatia. Os resultados apontaram que 90% dos 103 participantes relataram abuso moderado ou grave durante a infância ou adolescência. Os dados mostraram uma relação inversa entre perdão e raiva, ansiedade e depressão. Na terapia do perdão, a raiva, a ansiedade, a depressão, a empatia e o perdão foram estatisticamente significativos, favorecendo ambos os grupos experimentais. Esses resultados permaneceram no acompanhamento de 06 meses. A conclusão foi que a terapia do perdão é eficaz na reabilitação correcional de homens com comprometimento psicológico clínico dentro de instalações de segurança máxima.

Na intervenção clínica relacionada à violência, três estudos mereceram destaque. Cooney et al. (2010) examinaram o processo de perdão em vítimas primárias e secundárias de crimes violentos e sexuais. No primeiro estudo, 21 pessoas que foram afetadas por crimes sexuais ou outros crimes violentos, forneceram dados qualitativos através de entrevistas estruturadas. A análise de dados identificou cinco temas que eram comuns tanto às vítimas primárias quanto às secundárias: benefício do perdão, auto perdão, tomada de perspectiva, comportamento do agressor e o tempo. Um tema de empoderamento era exclusivo às vítimas primárias, e um tema de vítima principal era exclusivo às vítimas secundárias. Os resultados confirmaram as vítimas primárias como perdoadores pragmáticos, com foco interno, que perdoam porque isso irá beneficiar sua cura. Por outro lado, as vítimas secundárias não achavam que o perdão beneficiasse ou

teria impacto no seu processo de recuperação ou no processo de recuperação da vítima principal. Nenhum dos grupos via o perdão como uma questão moral ou que ele influenciaria um ofensor caso este viesse a enfrentar o tribunal. Lander (2014) estudou a terapia do perdão em mulheres árabe-beduínas. A partir de uma abordagem transcultural, utilizando-se o modelo de Enright, foi realizado um estudo de caso, com o intuito de se observar não apenas as perspectivas teóricas e empíricas sobre o perdão, como também a psicoterapia oriunda dele. Para tanto, a terapia do perdão foi praticada com uma mulher beduína- árabe israelense que sofreu uma lesão interpessoal traumática, dentro da família poligâmica. Foram utilizadas as diretrizes de La Roche e Maxie para a condução de psicoterapia transcultural, de forma a examinar dinâmicas importantes que emergem nesse estudo de caso. A pesquisa revelou a viabilidade da aplicação transcultural da terapia do perdão, alertando para a necessidade de estudos futuros que validem essa prática terapêutica nesse grupo específico. Ainda, Haroon et al. (2021) desenvolveram um estudo com o intuito de examinar a eficácia de uma intervenção de perdão com mulheres sobreviventes à violência por ataque com ácido no Paquistão. As participantes foram randomizadas para um grupo de perdão ($n=08$) ou um grupo de controle, com tratamento usual ($n=08$). O grupo do perdão recebeu intervenção duas vezes por semana, durante quatro meses. Já o grupo de controle contou com sessões típicas de tratamento psicológico para vítimas de ataque de ácido ou nenhum tratamento. Todas as participantes tiveram seus níveis de perdão, raiva, ansiedade, depressão e esperança avaliados, quatro vezes antes da intervenção de quatro meses, duas vezes após o período de intervenção e uma vez após um ano. Após o tratamento, o grupo de intervenção de perdão apresentou melhoria na esperança, raiva, ansiedade e depressão quando comparado ao grupo de controle. Os resultados envoltos ao grupo de perdão mostraram melhoria pós-tratamento, bem como ao longo do período de um ano subsequente.

Ao se observar à prática do perdão com cuidadores de pessoas neurodiversas-TEA, dois artigos apareceram na seleção e já foram parcialmente trabalhados no capítulo 1. Nemati et al. (2016) observou a saúde mental em mães de crianças com atraso do desenvolvimento e deficiência intelectual a partir da magnitude do perdão, assim, 88 mães de crianças com deficiência intelectual e de desenvolvimento foram entrevistadas por meio de um procedimento de amostragem acessível, do questionário de saúde mental de Besharat (2009), e do inventário de perdão de Enright, padronizado por Ghobari Bonab et al. (2003). A análise dos dados usando a correlação de Pearson revelou uma correlação positiva entre a saúde mental e as três dimensões do perdão, em outras palavras,

indivíduos com maior índice de perdão estavam mais satisfeitos com sua saúde mental. A regressão multivariada revelou que 23% das variações no bem-estar psicológico por componentes afetivos e cognitivos, e 20% das variações no sofrimento psicológico por componentes cognitivos e comportamentais podem ser explicadas por dimensões do perdão, sendo, a terapêutica do perdão um recurso eficaz a ser aplicado nesses grupos de mães.

Marcinechová et al. (2023) tiveram como escopo, ao invés do perdão interpessoal, o autoperdão. Para tanto, elas utilizaram uma abordagem de método misto para explorar e comparar autoperdão, culpa, vergonha e estresse parental em pais de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) e pais de crianças neurotípicas (NT). Os dados foram obtidos pela Escala de Perdão Heartland (Thompson et al., 2005), Escala de Experiência de Culpa e Vergonha (Maliňáková et al., 2019), Escala de Estresse Parental (Berry & Jones, 1995) e por perguntas abertas. A amostra da pesquisa consistiu em 143 pais de crianças com TEA e 135 pais de crianças NT da Eslováquia. A análise de regressão confirmou que culpa, vergonha e autoperdão explicaram 23% da variância no estresse parental, enquanto o único preditor negativo significativo foi o autoperdão. Além disso, a vergonha mediou o caminho entre autoperdão e estresse parental em pais de crianças com TEA. Pais de crianças com TEA experimentam mais vergonha do que pais de crianças NT. A análise qualitativa permitiu uma compreensão mais abrangente de ambos os grupos. Pais de crianças com TEA, em sua maioria, sentiam vergonha em relação ao comportamento inadequado de seus filhos ou à sua incompreensão pela sociedade, enquanto pais de crianças com transtorno do espectro autista (NT) em sua maioria não sentiam vergonha de sua parentalidade. Aceitação, apoio social, crenças religiosas e amor da criança foram os fatores mais mencionados para o autoperdão em pais de crianças com TEA. Por fim, elas destacaram a importância do autoperdão como um potencial mecanismo de enfrentamento do estresse parental e sugeriram, na prática terapêutica, focar nos aspectos negativos da vergonha em pais de crianças com TEA, a fim de se amenizar sofrimentos como estresse, ansiedade e depressão nesses pais.

Conclusão

A conclusão a que se chega é que a EFI tem sido um importante instrumento no estudo do perdão em relação à intensidade da mágoa, aos afetos, aos julgamentos e aos comportamentos da vítima com relação ao ofensor. A vantagem da EFI-30, além da eficácia nos mais diversos países, é a praticidade quanto a sua empregabilidade em um

intervalo de tempo menor. No tocante a prática clínica, a EFI pode ser utilizada em diversos e variados contextos, atenuando a depressão, a raiva, a **ansiedade**, o medo, dentre outros. Em contrapartida, o aumento de depressão, da **ansiedade** de mães, pais, cuidadores, especialmente de pessoas autistas, que se sentem abandonados e, portanto, injustiçados, especialmente por amigos e familiares, tem se tornado um problema de saúde pública que deve ser acolhido pela sociedade. Como visto até aqui, o materno atípico- TEA é envolto a um estigma, materializado na discriminação, que leva a exclusão social dessas mães, seja por cansaço, sobrecarga ou sofrimento mental. Um dos sofrimentos mentais bastante presente no cotidiano desse grupo de mães é a ansiedade que, por sua vez, pode estar relacionada as diversas injustiças vivenciadas por essas mães no seu dia a dia. Esta pesquisa tem como intuito interfacear a mágoa, o grau do perdão relacionado a uma injustiça cometida, ao tipo e nível de ansiedade desenvolvido por mães, atípicas- TEA e típicas. A interface desses pontos irá gerar diretrizes e resiliência e enfrentamento a ser trabalhada na terapia do perdão. Todavia, sugere-se, ainda, que estudos futuros possam ser realizados a fim de que se avalie, em campo, a terapia do perdão como uma ferramenta de baixo custo e alta eficiência na compreensão e enfrentamento desses sentimentos de injustiça, mágoa, raiva, ansiedade e na conversão destes, a partir do perdão, em resiliência.

CAPÍTULO IV – Delineamento metodológico

4 Método

Este capítulo apresenta o delineamento da pesquisa, os participantes, as hipóteses, os instrumentos e os procedimentos empregados durante a coleta de dados.

4.1 Delineamento

A pesquisa utilizou o delineamento misto: quantitativo e qualitativo.

4.2 Local de Pesquisa

O local da pesquisa foi escolhido conforme disponibilidade e indicação da respondente, dessa forma, a pesquisa foi realizada de forma presencial em clínicas, residências ou local da escolha da participante (casa, cafés, local de trabalho das participantes, escolas particulares, academia). Quando em clínica, a coleta foi realizada no “acolher espaço terapêutico”, “educamente espaço terapêutico”, “nexo espaço terapêutico”, “semear” e “reabilitar kids”. Na clínica “semear” e “reabilitar kids” os instrumentos foram aplicados e respondidos de forma coletiva. Nos demais casos, todos foram entrevistados individualmente.

4.3 População e Amostra

A amostra foi não probabilística, portanto, por conveniência. O quantitativo da amostra foi calculado a partir de uma perspectiva padrão para esse tipo de estudo, a saber, descritivo, comparativo, correlacional. Considerando um valor de significância de 0,5 e poder de 95%, seria necessário um n amostral mínimo de 42 pessoas.

4.4 Participantes

A amostra inicial foi composta por um total de 96 indivíduos. No entanto, 10 participantes foram excluídas por não terem preenchido o questionário de forma completa, resultando em um total de 86 participantes. As participantes foram divididas em dois grupos: Grupo 1 ($n=42$) e Grupo 2 ($n=44$). Dessas, 48,8% eram mães atípicas e 51,2% mães neurotípicas. A idade média das participantes foi de 39 anos ($DP = 6,40$), com idades variando entre 23 e 54 anos. Em relação ao estado civil, 14% eram solteiras, 68% casadas, 14% eram divorciadas e 3% classificaram como outro. Quanto ao nível de escolaridade, 23% das participantes possuíam formação superior, com 43% tendo

completado a pós-graduação. Em relação a renda familiar 23% declaram receber mais de dez salários-mínimos.

4.5 Hipóteses

Hipótese 1: Considerando que mães de autistas possuem um maternar envolto ao estigma, à discriminação, à exclusão social (Oti-Boadi et al., 2020; Recio et al., 2020), estima-se que:

1a. Mães de crianças autistas vivenciam mais injustiças no processo de criar, quando comparadas às mães neurotípicas;

1b. Haverá diferenças significativas entre os grupos observados (mães de crianças TEA e mães de crianças NTPS), mesmo com as idades das crianças semelhantes, no tocante ao tipo de injustiça experienciada.

Hipótese 2: Uma vez que o maternar atípico- TEA é *per se* ansioso (Pinto & Constantinidis, 2020; Ferenc et al., 2023), acredita-se:

2a. Mães de crianças autistas apresentarão maior grau de sofrimento mental (ansiedade) do que mães de crianças neurotípicas;

2b. O grau e tipo de ansiedade apresentado entre os dois grupos de mães (TEA e NTP) pode ser uma consequência de uma maior ou menor exposição às injustiças contemporâneas;

Hipótese 3: Visto que a terapia do perdão faz parte de uma vertente teórica/clínica eficaz na atenuação da ansiedade envolta às vítimas por mágoas cometidas por ofensores (Subkoviak et al., 1995; Ho et al., 2024):

3a. Haverá diferenças significativas no grau de perdão entre os grupos observados (mães de crianças TEA e mães de crianças NTP), quando as crianças são de idades semelhantes, e sofreram injustiças semelhantes, com perdão sendo mais frequente no grupo de mães neurotípicas;

3b. Haverá relação entre o grau de perdão interpessoal e o grau de ansiedade de estado e/ou traço dentro dos grupos observados;

3c. Quanto maior o grau de perdão interpessoal em mães de crianças TEA e mães de crianças NTP, menor o grau de ansiedade de traço.

4.6. Instrumentos (ver apêndice A)

4.6.1 *Questionário Sociodemográfico*

Foram realizadas perguntas objetivas e subjetivas às mães participantes da pesquisa. As questões objetivas tinham por escopo o gênero da criança; a idade da mãe; a idade da criança; o estado civil da mãe; a profissão da mãe; a renda familiar; o nível de suporte que a criança precisava; se a criança tinha alguma causa/comorbidade; qual ambiente a mãe se sentia injustiçada.

Já as questões subjetivas intentavam saber se a criança tomava alguma medicação; como as pessoas próximas reagem com a mãe, diante de um comportamento desafiador do(da) filho(a); se a mãe tinha rede de apoio; quanto frequente a mãe se sentia injustiçada em razão do comportamento desafiador do seu(sua) filho(a). Especificamente para mães de crianças com TEA, além dessas questões, tinha uma secundária que sondava a idade da criança quando diagnosticada com TEA.

4.6.2 *Escala de Desejabilidade Social Reduzida (Crowne & Marlowe, 1960; Gouveia et al., 2009)*

A Escala de Desejabilidade Social Reduzida (ECR-R-Brasil) analisa a tendência a responder situações de forma socialmente desejável. O objetivo da escala é medir o viés de desejabilidade social e avaliar os comportamentos e atitudes tidos como socialmente desejáveis.

Esta escala é composta por 20 itens objetivos em que o participante deve assinalar verdadeiro ou falso para cada um dos itens. Estes, são avaliados em uma escala dicotômica de 0 ou 1, sendo a desejabilidade social associada ao crescimento dos escores (0= mínimo; 20= máximo).

4.6.3 *Enright Forgiveness Inventory (EFI – 30; Enright et al., 2022)*

A EFI-30 é um instrumento que aufere, objetivamente, o grau de perdão interpessoal, concebido na perspectiva das vítimas ao outro que a ofendeu. A EFI-30 é composta por uma Folha de Rosto, um Inventário de 30 itens e um Item do Perdão.

A *Folha de Rosto* possui uma introdução que pode ser alterada de acordo com os interesses dos pesquisadores. Para esta pesquisa, serão elaboradas duas folhas de rosto, uma para cada grupo de mãe. A introdução para mães de filhos(as) autistas ficou como segue:

“Algumas vezes, pessoas com as quais nos relacionamos na família, no trabalho, na vizinhança, nas escolas e/ou clínicas de atendimento à saúde ou em outros contextos sociais magoam forte e injustamente nossos filhos(as). Pensando no filho(a) que você informou no questionário demográfico, pedimos para que você lembre de **uma situação**, na qual uma pessoa magoou de forma **injusta e profunda seu filho(a)**. Visualize em sua mente o evento ocorrido, e tente ver a pessoa que ofendeu, experienciando novamente o que você presenciou ou foi informada a respeito pelo seu filho(a) ou outros de sua confiança. Em seguida, responda o questionário a seguir”.

Na sequência, a EFI-30 apresenta perguntas objetivas sobre: (i) o grau da mágoa sofrida (1 = nenhuma mágoa e 5 = tremendamente magoado), (ii) quem foi a pessoa que magoou [amigo do filho(a), cônjuge, parentes, amigos(as), empregador ou colegas de trabalho, professores, profissional de saúde, outros), (iii) esta pessoa está viva ou morta, (iv) há quanto tempo ocorreu esta ofensa (dias, semanas, meses, anos) e, finalmente, uma pergunta aberta que solicita que a pessoa descreva brevemente a injustiça experienciada.

O Inventário. A EFI-30 apresenta um inventário com as seis escalas, independentes, porém relacionadas: afeto positivo, afeto negativo, comportamento positivo, comportamento negativo, julgamento positivo, julgamento negativo. As escalas são compostas por 5 itens cada e avaliadas por uma escala de concordância de 6-pontos (1 – discordo totalmente e 6 – concordo totalmente). As escalas com itens negativos são transformadas em positivos e representam o grau de ausência dos afetos, comportamentos e pensamentos negativos sobre a pessoa que ofendeu. As escalas positivas representam o grau de afetos, comportamentos e pensamentos positivos sobre a pessoa que ofendeu.

O Item de Perdão é uma medida independente usada como uma pergunta final da EFI-30: “Até que ponto você perdoou a pessoa que lhe magoou?”. Os participantes marcam sua resposta em uma escala de 5 pontos (1 = não perdoei e 5 = perdoei completamente).

A EFI-30 contém uma escala denominada de *Falso Perdão*, que é colocada ao final do Inventário e corresponde aos itens 31, 32, 33, 34 e 35. Essa escala serve para mensurar o grau de negação do que foi reportado, e é utilizado para validação interna da EFI. Dessa forma, os pesquisadores devem eliminar os dados de um participante quando o resultado dessa escala for igual ou superior a 20.

Finalmente, ao final da EFI serão colocadas 2 questões abertas a serem respondidas brevemente: Por favor, para finalizarmos: escreva brevemente sua compreensão sobre: (a) O que é perdoar? (b) Porque perdoou no grau marcado acima?

4.6.4 Inventário do Estado de Ansiedade – IDATE (Spielberger et al; 1979, validado no Português por Biaggio & Natalício, 2003)

IDATE é sigla para Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Esse instrumento foi criado por Spielberger, Gorsuch e Lushene, nos anos de 1970, e traduzido e adaptado no Brasil, apenas em 1979, por Biaggio.

O IDATE apresenta duas subescalas objetivas que avalia a (i) ansiedade de estado, ou seja, como a pessoa se sente “neste momento” (IDATE Forma Y-1) e a (ii) ansiedade de traço ou como ele(a) “geralmente se sente” (IDATE Forma Y-2). As subescalas são compostas por uma instrução, seguida de 20 itens objetivos, que devem ser avaliados numa escala de 6 pontos (1 = discordo fortemente e 6 = concordo fortemente).

4.7 Procedimentos

Regra geral, os procedimentos sistematizam os princípios que direcionaram o desenvolvimento da pesquisa empírica, dessa forma, para a realização deste trabalho acadêmico, fez-se necessário a observação de procedimentos éticos; a ida para “campo” para se coletar dados; e a análise desses dados à luz de todas teorias e instrumentos até aqui mencionados, de forma que a junção de todos esses elementos fez desse trabalho uma pesquisa acadêmico-científica.

4.7.1 Procedimentos Éticos

As pesquisas brasileiras são voluntárias, portanto, gratuitas, realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver apêndice B). Esta pesquisa se baseia nos aspectos éticos intrínsecos à investigação com seres humanos, conforme a resolução nº. 466/12 e nº. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Por essa razão, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado, através desta plataforma, pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal da Paraíba, credenciado ao Sistema CEP/CONEP, no dia 31 de outubro de 2024, com CAAE: 8267 1624.0.0000.5188.

4.7.2 Coleta de Dados

No dia 12 de janeiro de 2025 houve a primeira divulgação nas redes sociais Instagram, Facebook e em grupos de Whatsapp. Todavia, no dia 23 de janeiro a adesão continuava baixa, com cerca de 32 participantes, uma amostra baixa para um n amostral de no mínimo 42 participantes, idealmente 50 participantes. A partir daí, foi feito o convite individual para mães dessa faixa etária participarem. A maior parte das mães típicas foram recrutadas de uma escola particular situada em Tambaú e de uma academia particular situada no bairro do Miramar. A maior parte de mães TEA foram recrutadas da mesma escola particular supramencionada, e de clínicas especializadas em autismo e atraso do desenvolvimento da cidade de João Pessoa-PB. A coleta dos formulários foi encerrada no dia 31 de janeiro de 2025.

Àquelas mães que decidiram participar foi explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver apêndice B), foi alertada acerca da disponibilidade de 30 à 60 minutos para respostas dos instrumentos, e foram agendados dias e horários disponíveis para que a coleta fosse realizada, o que implica que houve dias que as coletas foram realizadas dias de sábado e domingo.

Os instrumentos foram aplicados de forma presencial, em lápis e papel. Com exceção de dois grupos formados nas clínicas “Acolher Espaço Terapêutico” e “Reabilitar Kids”, com aproximadamente 5 mães cada um, o resto foi realizado de forma individual na casa das participantes, em café por ela escolhido, no local de trabalho da participante, na escola particular e academia mencionada acima. Apenas uma participante optou fazer em um café, e duas na sua pausa de horário de trabalho. A escola particular e academia disponibilizaram uma sala neutra de barulho para que o instrumento pudesse ser respondido de forma tranquila e mais confortável.

O TCLE e o Questionário Sociodemográfico foram os primeiros instrumentos; a Escala de Desejabilidade Social, A EFI-30 e a IDATE foram apresentadas de forma aleatória para evitarem o efeito de ordem nas respostas. No geral, a coleta durou cerca de 40 minutos. 96 mães participaram da pesquisa, 46 mães TEA e 50 mães típicas. Todavia, 4 mães TEA foram excluídas por não preencherem a EFI-30, e 6 mães típicas foram excluídas ou por hipotetizarem uma situação de mágoa, ou porque a criança/adolescente não estava na faixa etária da pesquisa, ou por não responderem a EFI-30. A razão das mães TEA não responderem a EFI-30 estava ou no fato de não considerarem possuir raiva/mágoa por nada/ninguém, ou seja, por não se sentirem injustiçadas, ou, o contrário,

se sentir tão injustiçada, abandonada ao longo da vida, em tantas áreas, da escala ter sido gatilho para crise ansiosa e termos que suspender a atividade. O motivo de mães típicas não responderem a EFI-30 estava no fato de não considerarem possuir raiva/mágoa por nada/ninguém, ou seja, por não se sentirem injustiçadas.

Durante todo o processo a pesquisadora se manteve próximo das respondentes, seja para explicar eventual dúvida, seja para acolher a participante como ocorreu no caso supramencionado.

4.7.3 Análise dos dados

A análise de dados foi em sistema de “pirâmide” apresentando dados menos complexos a fim de que, em conjunto, estes corroborassem dados mais complexos. Assim, para dados mais simples foi repostado a frequência absoluta (n) e a porcentagem (%) das respostas para cada categoria. Para a análise de mediação seriada, as análises foram conduzidas no software jamovi (versão 3.2.8) no pacote path analysis. Para verificar as estimativas dos efeitos direto, indireto e total foram utilizadas Intervalo de confiança de 95% e o método de bootstrap com 5.000 reamostragem. Para a variável categórica tipo de mãe foram utilizadas contrasts: tipo de mãe (neurotípica – atípica). Dessa forma, a seção a seguir irá tratar dos resultados extraídos da conjuntura de todos os pontos descritos nesse capítulo, que relatou o passo a passo do trabalho empírico atrelado a essa pesquisa científica.

CAPÍTULO V

5 Resultados:

Nesse capítulo, antes que se chegue aos resultados em si, faz-se necessário realizar uma breve revisão descrevendo pontos citados superficialmente no capítulo anterior, assim, serão revisados nas linhas a seguir os instrumentos, o questionário sociodemográfico e a análise de dados dos mesmos.

5.1.1 Instrumentos:

DS – α de Kuder-Richardson - 0.89

(IDATE Forma Y-1) – estado - α de Cronbach =0,93

(IDATE Forma Y-2) – ansiedade - α de Cronbach =0,86

Afeto positivo α de Cronbach = 0,93

Afeto negativo α de Cronbach = 0,89

Comportamento positivo α de Cronbach =0,91

Comportamento negativo α de Cronbach =0,91

Julgamento positivo α de Cronbach =0,93

Julgamento negativo α de Cronbach =0,82

5.1.2 Questionário Sociodemográfico

A fim de avaliar a percepção das mães sobre situações de injustiça vivenciada pelos filhos, foi incluída a seguinte pergunta no questionário sociodemográfico: “Em quais situações ou circunstâncias você percebe que seu/sua filho(a) é injustiçado (a)?” As participantes poderiam selecionar mais de uma alternativa incluindo as seguintes categorias: educacional; saúde; comercial; eventos privados; eventos públicos; eventos familiares, de amigos próximos; outros.

5.1.3 Análise de Dados

Para a pergunta de injustiça foi repostado a frequência absoluta (n) e a porcentagem (%) das respostas para cada categoria. Para a análise de mediação seriada, as análises foram conduzidas no software jamovi (versão 3.2.8) no pacote path analysis. Para verificar as estimativas dos efeitos direto, indireto e total foram utilizadas Intervalo

de confiança de 95% e o método de bootstrap com 5.000 reamostragem. Para a variável categórica tipo de mãe foram utilizadas contrasts: tipo de mãe (neurotípica – atípica).

5.2 Resultados

5.2.1 Análises de dados sociodemográficas

Em relação aos filhos das participantes da pesquisa, 58,1% eram do sexo masculino e 41,9% do sexo feminino. A idade média foi de 8 anos ($DP = 3,76$), com idades variando entre 2 e 17 anos. Em relação à idade do diagnóstico de crianças com TEA, 36,6% das mães relataram que seus filhos foram diagnosticados aos 2 anos de idade. A Tabela 1 apresenta outras características dos filhos(as) das mães típicas e neurotípicas.

Tabela 1. Frequência das características dos filhos das mães típicas e neurotípicas

Características	Mãe Atípica	Mãe Neurotípica
Uso de medicação		
Não toma medicação	13,3%	48,3%
Toma Medicação	36,1%	2,4%
Ajuda nas atividades diárias		
De ajuda total na realização das atividades	7,0%	1,2%
De ajuda substancial na realização das atividades	22,1%	4,7%
De ajuda mínima na realização das atividades	17,4%	20,9%
Meu filho não precisa de ajuda	2,3%	24,4%
Condições Médicas		
Distúrbio do Sono	11,6%	0,0%
Deficiência Intelectual	7,0%	0,0%
Epilepsia	4,7%	0,0%
TDAH	36,0%	2,3%
TOD	9,3%	0,0%
Problemas Motores	15,1%	1,2%
Problemas Gastrointestinais	5,5%	2,3%
Síndromes Associadas	7,0%	0,0%
Outros	3,5%	0,0%
Rede de apoio		
Não tem rede de apoio	12,9%	16,5%
Sim, tem rede de apoio	36,5%	34,1%

Características	Mãe Atípica	Mãe Neurotípica
Tipo de apoio		
Apoio da família	24,7 %	27,1 %
Apoio pago	4,7 %	0,0 %
Apoio combinado (família e amigos, família e pago, amigos e pago)	7,1 %	5,9 %
Apoio completo (família, amigos e pago)	0,0 %	1,2 %

5.2.2 Percepção de injustiça por grupos de mães

Na tabela 2 são apresentadas as percepções das mães neurotípicas e atípicas sobre as situações de injustiças enfrentadas pelos seus filhos.

Tabela 2. Frequência absoluta e porcentagem das respostas para categorias de injustiças

Situação/Circunstância de Injustiça	Mae NeuroTípica	%	Mae Atípica	%
Educacional	15	17.4 %	31	36.0 %
Saúde	7	8.1 %	17	19.8 %
Comercial	1	1.2 %	11	12.8 %
Eventos privados	1	1.2 %	14	16.3 %
Eventos públicos	2	2.3 %	16	18.6 %
Eventos familiares, de amigos próximos	8	9.3 %	9	10.5 %
Outros	3	3.5 %	6	7.0 %

5.2.3 Médias e os desvio padrão para os escores das escalas

Foram calculadas as médias e os desvio padrão para os escores das escalas utilizadas no presente estudo. Conforme apresentado na Tabela 3, verificou-se que as mães atípicas apresentaram escores médios maiores na escala de traço e estado em comparação com as mães neurotípicas. O padrão se repetiu em relação a mágoa, com as mães atípicas apresentando maiores escores médios em comparação com as mães neurotípicas. Todavia, em relação a escala do perdão, as mães neurotípicas apresentaram

escores médios maiores do que as mães atípicas. Finalmente, as mães neurotípicas apresentaram escores mais elevados, em relação aos afetos, comportamento e pensamentos, tanto positivo quanto negativos, em comparação as mães atípicas.

Tabela 3. Médias e Desvios Padrão dos Escores das Escalas

Escalas	Mãe Atípica M (DP)	Mãe Neurotípica M (DP)
Estado	2.96 (0.86)	2.31 (0.93)
Traço	2.98 (0.69)	2.59 (0.72)
Mágoa	4.16 (0.98)	3.41 (1.34)
Perdão	3.19 (1.53)	3.84 (1.23)
Afeto positivo	2.54 (1.46)	2.99 (1.49)
Afeto negativo	3.85 (1.62)	4.49 (1.21)
Comportamento positivo	3.38 (1.40)	3.90 (1.44)
Comportamento negativo	3.26 (1.46)	3.88 (1.46)
Pensamento positivo	3.83 (1.27)	4.39 (0.70)
Pensamento negativo	4.07 (1.49)	4.62 (1.11)
Desejabilidade Social	0.57 (0.13)	0.59 (0.14)

5.2.4 Análises preliminares

Na tabela 4, os resultados mostraram que existe correlações negativas e estatisticamente significativas entre desejabilidade social e ansiedade de estado ($r = -0,38$, $p = ,001$) e traço ($r = -0,40$, $p < ,001$). Observamos também correlações positivas e estatisticamente significativas entre ansiedade de estado e a mágoa ($r = 0,32$, $p = 0,004$), e negativas com perdão ($r = -0,25$, $p = 0,028$) e idade ($r = -0,22$, $p = 0,048$). A ansiedade de traço se correlacionou positivamente com a mágoa ($r = 0,37$, $p < ,001$), e negativamente com o perdão ($r = -0,32$, $p = 0,004$) e a idade ($r = -0,23$, $p = 0,043$). E também houve uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a mágoa e o perdão ($r = -0,35$, $p < ,001$).

Tabela 4. Matriz de correlação das variáveis.

	DS	Estado	Traço	Mágoa	Perdão	Idade
DS	—					
Estado	-0.387 **	—				

	DS	Estado	Traço	Mágoa	Perdão	Idade
Traço	-0.405 ***	0.792 ***	—			
Mágoa	-0.146	0.328 **	0.376 ***	—		
Perdão	0.118	-0.251 *	-0.323 **	-0.358 ***	—	
Idade	0.108	-0.226 *	-0.231 *	0.169	-0.018	—

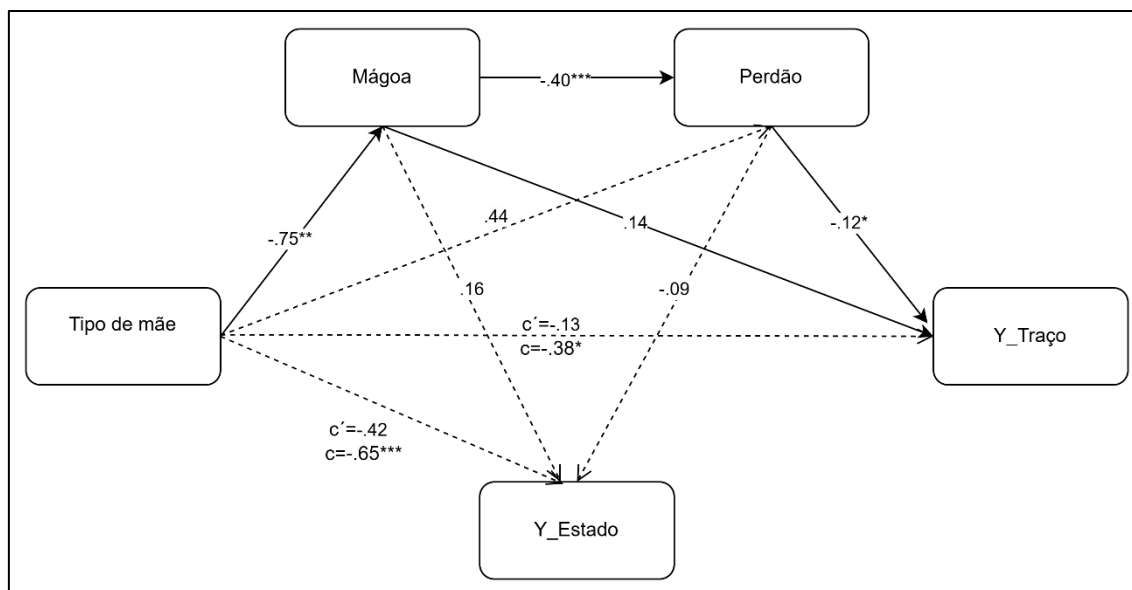
Nota. DS = Desejabilidade Social * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5.2.5 Análise de mediação seriada

Para testar a relação entre o tipo de mãe (Neurotípica – Atípica) e o nível de ansiedade de estado e traço, como também verificar a mediação sequencial da mágoa e do perdão nessa relação, utilizamos o Jamove (*Path Analysis* – versão 3.2.8). Os resultados mostraram um efeito total estatisticamente significativo do tipo de mãe (neurotípica – atípica) na ansiedade de traço ($c = -0,38$, $SE = 0,16$, $z = -2,36$, $p = 0,01$), e também na ansiedade de estado ($c = -0,65$, $SE = 0,21$, $z = -3,07$, $p = 0,002$), indicando que mães neurotípicas apresentaram menores níveis de ansiedade traço ($m = 2,59$; $DP = 0,72$) em comparação às mães atípicas ($m = 2,98$; $DP = 0,69$). Da mesma forma os níveis de ansiedade estado foram menores entre as mães neurotípicas ($m = 2,31$; $DP = 0,93$) em relação as mães atípicas ($m = 2,96$; $DP = 0,85$).

Já o efeito direto do tipo de mãe na ansiedade de traço ($c' = -0,13$, $SE = 0,16$, $t = -1,21$, $p = 0,40$) e estado ($c' = -0,42$, $SE = 0,23$, $t = -1,78$, $p = 0,74$) foi não significativo, indicando um efeito de mediação sequencial total. Na figura 1, podemos observar que a mágoa e o perdão mediarão de forma sequencial a relação entre o tipo de mãe e a ansiedade de traço (*Efeito indireto sequencial* = 0,04, $SE = 0,02$, IC 95% BCa [-0,00; -0,02], indicando que as mães neurotípicas apresentaram menores níveis de ansiedade de traço em comparação as mães atípicas. Adicionalmente, observamos um efeito indireto da mágoa na ansiedade de traço, por meio do perdão (*efeito indireto* = 0,05, $SE = .0,02$, IC 95% BC [0,00; 0,11]), indicando que a relação entre mágoa e ansiedade de traço é explicada pelo perdão. No entanto, não houve efeitos de mediação sequencial na ansiedade de estado, nem outros efeitos de mediação simples, ver Tabela 5.

Figura 1. *Mediação sequencial da relação entre o tipo de mãe (Neurotípica -. Atípica) e a ansiedade (traço - estado), sequencialmente mediada pela mágoa (M1) e pelo perdão (M2)*



Nota. c = efeito total; c' = efeito direto (relação direta do tipo de mãe na ansiedade controlando as variáveis mediadoras); *Tipo de mãe:* *Atípica* = 0, *Neurotípica* = 1; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabela 5. Coeficientes dos efeitos de mediação sequencial o tipo de mãe a ansiedade de traço e estado por meio da mágoa e do perdão.

Efeito	Efeito mediado	SE	95% IC		p
			LI	LS	
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Mágoa \Rightarrow Estado	-0.12	0.09	-0.36	0.03	0.212
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Mágoa \Rightarrow Traço	-0.10	0.07	-0.28	0.00	0.138
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Mágoa \Rightarrow Perdão \Rightarrow Estado	-0.03	0.02	-0.09	0.02	0.256
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Mágoa \Rightarrow Perdão \Rightarrow Traço	-0.04	0.02	-0.09	-0.00	0.102
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Perdão \Rightarrow Estado	-0.04	0.05	-0.19	0.02	0.450
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Perdão \Rightarrow Traço	-0.05	0.05	-0.17	0.02	0.280
Mágoa \Rightarrow Perdão \Rightarrow Estado	0.03	0.03	-0.02	0.11	0.256
Mágoa \Rightarrow Perdão \Rightarrow Traço	0.05	0.02	0.00	0.11	0.055
Efeito Direto					
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Estado	-0.42	0.23	-0.85	0.05	0.074
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Traço	-0.13	0.16	-0.43	0.19	0.403
Efeito Total					
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Estado	-0.65	0.20	-1.05	-0.26	0.001
Tipo de Mãe: N – A \Rightarrow Traço	-0.38	0.16	-0.68	-0.03	0.015

5.2.6 Análise de moderação

Testamos uma análise de moderação para investigar se diferentes situações de injustiças vivenciadas pelos filhos moderariam a relação entre o tipo de mãe (neurotípica vs. atípica) e os níveis de mágoa. No entanto, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

CAPÍTULO VI – Discussão e Considerações Finais

Essa tese teve como objetivo verificar a correlação entre o perdão interpessoal e a ansiedade em mães de autistas por injustiças percebidas contra seus(suas) filhos(as). Para se chegar a esse objetivo, hipóteses foram formuladas ainda na elaboração do projeto desta pesquisa. Assim, por razões didáticas, o capítulo da discussão irá trazer cada uma dessas hipóteses em seções, a fim de que elas orientem, de forma sistemática, a relação entre a sugestão científica desse trabalho, validada não apenas nos marcos bibliográficos supramencionados, como também nos resultados encontrados no desenvolvimento empírico da tese.

Assim sendo:

6.1: Hipótese 1: Considerando que mães de autistas possuem um maternal envolvimento ao estigma, à discriminação, à exclusão social (Oti-Boadi et al., 2020; Recio et al., 2020), estima-se que:

- 1a. Mães de crianças autistas vivenciam maior injustiças no processo de criar, quando comparadas às mães neurotípicas;
- 1b. Haverá diferenças significativas entre os grupos observados (mães de crianças TEA e mães de crianças NTPS), mesmo com as idades das crianças semelhantes, no tocante ao tipo de injustiça experienciada.

Quanto à informação envolta a 1a “mães de crianças autistas vivenciam maior injustiças no processo de criar, quando comparadas às mães neurotípicas”, se se retorna a tabela 2 dos resultados, percebe-se que de 44 participantes de mães neurotípicas, 37 reportaram 01 ambiente em que se sentiram injustiçadas por atitudes direcionadas aos seus(suas) filhos(as), ou seja, houve mães que não se sentiram injustiçadas em ambiente algum, mesmo podendo marcar mais de uma opção. Em contrapartida, das 42 mães atípicas-TEA participantes, houve o processo inverso, se cada mãe atípica escolhesse 01 ambiente, se chegaria ao total de 42 respostas, todavia, o total apresentado para esse grupo de mães foi 104, o que significa que várias mães atípicas se sentiram injustiçadas por atitudes cometidas contra seus(suas) filhos(as) em mais de um ambiente.

Já no tocante à 1b, “haverá diferenças significativas entre os grupos observados (mães de crianças TEA e mães de crianças NTPS), mesmo com as idades das crianças

semelhantes, no tocante ao tipo de injustiça experienciada”, também conforme a tabela 3 da seção dos resultados, mães neurotípicas se sentiram mais injustiçadas, respectivamente, no ambiente escolar; eventos familiares, de amigos próximos; saúde; enquanto que mães neuroatípicas-TEA se sentiram mais injustiçadas no ambiente escolar; na saúde; ambientes públicos. Se se pega essa informação, não há muita diferença entre os dois grupos, todavia, ao fazer uma análise global, enquanto que em todos os ambientes mães atípicas-TEA se sentem injustiçadas por práticas (estigmatizadas/discriminatórias/exclusivas) direcionadas aos seus(suas) filhos(as), alguns ambientes quase passam por despercebidos à realidade da mãe típica, a saber: educacional (típica: 15, 17,4%; atípica: 31, 36%); saúde (típica: 7, 8,1%; atípica: 17, 19,8%); comercial (típica: 1, 1,2%; atípica: 11, 12,8%); eventos privados (típica: 1, 1,2%; atípica: 14, 16,3%); eventos públicos (típica: 2, 2,3%; atípica: 16, 18,6%); eventos familiares (típica: 8, 9,3%; atípica: 9, 10,5%); outros (típica: 3, 3,5%; atípica: 6, 7%). Infere-se, portanto, que a taxa de incidência de injustiças vivenciadas por mães atípicas-TEA varia, sendo de 2 a 8 vezes maior, a depender do ambiente, quando comparadas com mães neurotípicas.

Outra informação pertinente ao entendimento de que o maternar atípico- TEA já é tenso por natureza, são os achados da tabela 1 da seção dos resultados, isso porque enquanto mães típicas possuem 0% de vivência com seus filhos em questões como distúrbio do sono, deficiência intelectual, epilepsia, transtorno opositor desafiador, síndromes associadas e outros, as mães atípicas experienciavam esses fenômenos de 4 a 11 vezes mais quando comparadas ao grupo de controle. Outra informação pertinente é que, enquanto 2,3% de mães atípicas TEA relataram que seus filhos não precisavam de ajuda na realização de atividades de vida diária, 24,4% das mães típicas relataram que seus filhos não precisavam de ajuda na realização de atividades de vida diária. Isso significa que, se se compara os dois grupos por idade e sexo, os(as) filhos(as) autistas são mais dependentes de suas mães/cuidadores, o que explica a desesperança e preocupação de mães atípicas TEA com relação ao futuro de seus filhos(as) (Pinto & Constantinidis, 2020).

Esse achado corrobora vários estudos citados no capítulo 1 desta tese, a exemplo do de Kupfer (2000) que menciona que o autismo está envolto a inúmeras significações, socialmente construídas, que comumente o aprisiona em estereótipos e representações, contribuindo para um processo de exclusão, marginalização e imobilismo perante a vida; ou a síntese dos trabalhos de Nemati et al. (2016); Oti-Boadi et al. (2020); Marcinechová

et al. (2023), e todos os outros trabalhos no primeiro capítulo abordado, que revelam o fato de que o maternar atípico-TEA está envolto ao estigma social, à discriminação e à exclusão social, sendo, portanto as injustiças como um ciclo relacional existente por causa desses três fatores anteriormente citados.

6.2: Hipótese 2: Uma vez que o maternar atípico- TEA é *per se* ansioso (Pinto & Constantinidis, 2020; Ferenc et al., 2023), acredita-se:

2a. Mães de crianças autistas apresentarão maior grau de sofrimento mental (ansiedade) do que mães de crianças neurotípicas;

2b. O grau e tipo de ansiedade apresentado entre os dois grupos de mães (TEA e NTP) pode ser uma consequência de uma maior ou menor exposição às injustiças contemporâneas;

Quanto à 2a “mães de crianças autistas apresentarão maior grau de sofrimento mental (ansiedade) do que mães de crianças neurotípicas”, conforme tabela 3 do capítulo dos resultados, foi confirmado que as mães atípicas (traço: $m=2,98$; $DP= 0,69$; estado: $m=2,96$; $DP= 0,86$) apresentaram escores médios maiores na escala de ansiedade de traço e estado quando comparadas com mães neurotípicas (traço: $m=2,59$; $DP= 0,72$; estado: $m=2,31$; $DP= 0,93$).

Como já dito no capítulo anterior, para testar especificamente essa relação, tipo de mãe x tipo/nível de ansiedade por elas apresentadas, foi feita uma análise do efeito total, do efeito direto e do efeito indireto a essa hipótese arraigada. A investigação dessa interface desencadeou na verificação da mediação sequencial da mágoa e do perdão nessa relação, todavia, por questão de escopo, a conclusão da hipótese 2a foi que: houve um efeito total estatisticamente significativo do tipo de mãe (neurotípica – atípica) na ansiedade de traço ($c = - 0,38$, $SE = 0,16$, $z = -2,36$, $p = 0,01$), e também na ansiedade de estado ($c = -0,65$, $SE = 0,21$, $z = -3,07$, $p = 0,002$), indicando que mães neurotípicas apresentaram menores níveis de ansiedade traço ($m = 2,59$; $DP = 0,72$) em comparação às mães atípicas ($m = 2,98$; $DP = 0,69$). Da mesma forma os níveis de ansiedade estado foram menores entre as mães neurotípicas ($m = 2,31$; $DP = 0,93$) em relação as mães atípicas ($m = 2,96$; $DP = 0,85$). Já o efeito direto do tipo de mãe na ansiedade de traço ($c' = -0,13$, $SE = 0,16$, $t = -1,21$, $p = 0,40$) e estado ($c' = -0,42$, $SE = 0,23$, $t = -1,78$, $p = 0,74$) foi não significativo, indicando um efeito de mediação sequencial total, explicado nas próximas linhas.

Independentemente do grupo de mães, existiu uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a desejabilidade social e a ansiedade de estado ($r=-0,38$; $p=,001$) e traço ($r=-0,40$; $p<,001$), o que implica que pessoas- mulheres, mães- que esperam uma maior aprovação da sociedade, tendem a ser mais ansiosas.

Já no tocante à 2b “o grau e o tipo de ansiedade entre os dois grupos de mães (TEA e NTP) pode ser consequência de uma maior ou menor exposição às injustiças contemporâneas”, se se pega a mágoa como reflexo físico e/ou psicológico das injustiças vivenciadas, também houve corroboração dessa hipótese. Na tabela 3, do capítulo 5, foi verificado que mães atípicas-TEA ($m=4,16$; $DP=0,98$) apresentaram escores médios maiores da mágoa, quando comparadas com as mães neurotípicas ($m=3,41$; $DP=1,34$). Houve também correlações positivas e estatisticamente significativas entre ansiedade de estado e a mágoa ($r=0,32$, $p=0,004$), assim como, entre a ansiedade de traço e a mágoa ($r=0,37$, $p<,001$). Isso implica que se a mágoa é reflexo da injustiça, tal fato gera uma maior ansiedade de estado ou traço, todavia, conforme figura 1 do capítulo 5, ao se fazer a leitura do efeito de mediação total, percebeu-se que a mágoa, assim como o perdão, mediaram a relação entre o tipo de mãe e a ansiedade de traço (*Efeito indireto sequencial* = 0,04, SE = 0,02, IC 95% BCa [-0,00; - 0,02], indicando que as mães neurotípicas apresentaram menores níveis de ansiedade de traço em comparação as mães atípicas, mas, que não existiu a mediação sequencial na ansiedade de estado, nem outros efeitos de mediação simples, conforme tabela 4 no capítulo anterior apresentada. Em resumo, mães atípicas TEA são mais injustiçadas (reflexo mágoa), apresentam uma maior ansiedade de traço quando comparadas às mães típicas, e, quanto a ansiedade de estado, a relação não foi determinada, foi inconclusiva.

Para uma observação mais complexa foi testada uma análise de moderação para investigar se diferentes contextos de injustiças vivenciadas pelos filhos moderariam a relação entre o tipo de mãe (neurotípica vs. atípica) e os níveis de mágoa. No entanto, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Tais dados corroboram o marco bibliográfico do capítulo 2, especialmente aqueles que falam da necessidade de apoiar mães de crianças autistas, através de intervenções que promova e melhore a saúde mental (Nahar et al., 2022); aqueles que chamam a atenção do quantitativo de mães TEA em sofrimento psicológico, e elucida a necessidade de práticas terapêuticas, não apenas para os(as) filhos(as) TEA como também às mães, de maneira que essas práticas sirvam de estilos de enfrentamento aos desafios desse maternar atípico- TEA (Selvakumar & Panicker, 2020); os que consideram fatores como sobrecarga

parental, estigma, apoio social e o bem-estar da saúde mental na psicoterapia de pais de crianças com autismo (Saadi, 2024), de forma geral, os que levam em consideração a psicoterapia para mães de autistas como uma prática contínua e que considere as estratégias de enfrentamento, a resiliência aos problemas por elas apresentados, sendo, a terapia do perdão, uma boa estratégia para essa finalidade, como se verá nas seções que se seguem.

6.3 Hipótese 3: Visto que a terapia do perdão faz parte de uma vertente teórica/clínica eficaz na atenuação da ansiedade envolta às vítimas por mágoas cometidas por ofensores (Subkoviak et al., 1995; Ho et al., 2024):

- 3a. Haverá diferenças significativas no grau de perdão entre os grupos observados (mães de crianças TEA e mães de crianças NTP), quando as crianças são de idades semelhantes, e sofreram injustiças semelhantes;
- 3b. Haverá relação entre o grau de perdão interpessoal e o grau de ansiedade de estado e/ou traço dentro dos grupos observados;
- 3c. Quanto maior o grau de perdão interpessoal em mães de crianças TEA e mães de crianças NTP, menor o grau de ansiedade de traço.

No que diz respeito à “haverá diferenças significativas no grau de perdão entre os grupos observados (mães de crianças TEA e mães de crianças NTP), quando as crianças são de idades semelhantes, e sofreram injustiças semelhantes” as mães neurotípicas ($m=3,84$; $DP=1,23$). apresentaram escores médios maiores na escala do perdão quando comparadas às mães atípicas-TEA ($m=3,19$; $DP=1,53$). Para confirmar essa afirmação, foi realizada uma análise das “subescalas” do perdão, a saber, dos afetos, comportamentos, pensamentos, positivos e negativos, comparando mães típicas e atípicas-TEA, corroborando mais uma vez escores maiores para mães típicas do que para mães atípicas-TEA. Assim sendo: afeto positivo mãe típica ($m=2,99$; $DP=1,49$); mãe atípica ($m=2,54$; $DP=1,46$); afeto negativo mãe típica ($m=4,49$; $DP=1,21$); mãe atípica ($m=3,85$; $DP=1,62$); comportamento positivo mãe típica ($m=3,90$; $DP=1,44$); mãe atípica ($m=3,38$; $DP=1,40$); comportamento negativo mãe típica ($m=3,88$; $DP=1,46$); mãe atípica ($m=3,26$; $DP=1,46$); pensamento positivo mãe típica ($m=4,39$; $DP=0,70$); mãe atípica ($m=3,83$; $DP=1,27$); pensamento negativo mãe típica ($m=4,62$; $DP=1,11$); mãe atípica ($m=4,07$; $DP=1,49$).

Quanto a 3b “haverá relação entre o grau de perdão interpessoal e o grau de ansiedade de estado e/ou traço dentro dos grupos observados”, houve uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a ansiedade de estado com o perdão ($r=-0,25$, $p=0,028$) e a idade ($r=-0,22$), $p=0,048$), assim como, também existiu uma correlação negativa da ansiedade de traço com o perdão ($r=-0,32$, $p=0,004$) e a idade ($r=-0,23$), $p=0,043$), ou seja, o perdão é um constructo moral que se consolida com o tempo, ou seja, mulheres mais jovens perdoam menos, assim como, pessoas que perdoam menos apresentam uma maior propensão à ansiedade de estado e especialmente à ansiedade de traço.

Já quanto à “quanto maior o grau de perdão interpessoal em mães de crianças TEA e mães de crianças NTP, menor o grau de ansiedade de traço” a resposta é dada na figura 1 do capítulo dos resultados. Na figura 1, pôde-se observar que a mágoa e o perdão mediarão de forma sequencial a relação entre o tipo de mãe e a ansiedade de traço (*Efeito indireto sequencial* = 0,04, SE = 0,02, IC 95% BCa [-0,00; - 0,02], indicando que as mães neurotípicas apresentaram menores níveis de ansiedade de traço em comparação as mães atípicas. Adicionalmente, foi observado um efeito indireto da mágoa na ansiedade de traço, por meio do perdão (*efeito indireto* = 0,05, SE = .0,02, IC 95% BC [0,00; 0,11]), indicando que a relação entre mágoa e ansiedade de traço é explicada pelo perdão. Assim sendo, quanto maior a capacidade de se perdoar determinada mágoa, menor será a ansiedade de traço, o que faz da terapia do perdão uma prática psicoterápica pertinente a ser trabalhada em grupo de mães autistas-TEA.

Tais achados corroboram o marco teórico arraigado ao capítulo 3, a exemplo de alguns estudos como o de Thompson e Snyder (2003) que relaciona perdão e saúde mental, mostrando que o perdão liberta as pessoas de sentimentos de raiva, ansiedade, pensamentos e emoções negativas, dúvidas e solidão, bem como, atua como um processo que atenua problemas nas relações interpessoais, melhorando a saúde mental, através da remoção de obstáculos psicológicos existentes nas relações prejudicadas e, conseqüentemente, melhora a qualidade da saúde mental entre vítima e ofensor; ou os estudos Nemati et al. (2016) e de Marcinichová et al. (2023) que corroboram o perdão como mecanismo restaurador de danos advindos das relações interpessoais, assim como, o elege como um recurso essencial e eficaz ao enfrentamento e manutenção da saúde mental de mães atípicas TEA; e de tantos outros estudos apresentados no capítulo 3, que defendem, a partir da psicoterapia do perdão, a criação de diretrizes de enfrentamento a serem trabalhadas em práticas psicoterápicas e em pesquisas futuras que levem em

consideração a eficácia terapêutica da terapia do perdão para esse grupo de mães, neuroatípica, TEA.

Considerações Finais

Essa pesquisa teve por objetivo analisar a relação entre o perdão interpessoal e a ansiedade em mães de autistas por injustiças percebidas contra seus(suas) filhos(as).

Os três primeiros capítulos trouxeram o marco teórico, com importantes contribuições científicas que ora delinearão o projeto de pesquisa que desencadeou nessa pesquisa, ou que ora corroborou, nos estudos empíricos, às hipóteses pensadas e materializadas ainda no processo inicial de desenvolvimento dos estudos.

Após eles, outros capítulos foram apresentados trazendo o desenrolar da pesquisa empírica acadêmica *per se*. Nesses capítulos, importantes dados foram corroborados, todos eles “costurando” a relação inicial que o perdão interpessoal e que a ansiedade são variáveis inversamente proporcionais, mas que, àquele é benéfico a este, e tem grande potencial terapêutica na realidade de sofrimento mental de mães atípicas- TEA ansiosas em razão do seu tipo de maternar e das injustiças a ele envolvidas.

Assim, foi visto que mães atípicas- TEA vivenciam maiores injustiças no processo de criar quando comparadas com mães neurotípicas e que não houve diferenças significativas no tocante ao tipo, local, contexto de injustiça experienciada, especialmente escolar e de saúde, mas que houve uma diferença considerável **nas frequências das injustiças**, com a mãe atípica-TEA experienciando injustiças de 2 a 8 vezes mais do que as mães neurotípicas.

A pesquisa também trouxe algumas informações importantes aos estudos de saúde mental, ansiedade atuais, a saber: mães que esperam uma maior aprovação da sociedade, independente do grupo, tendem a ser mais ansiosas do que outras mães; mães atípicas-TEA possuem maior ansiedade de traço/estado do que mães neurotípicas, ou seja, **estão em maior grau de sofrimento mental**; quando se relaciona a mágoa como reflexo, espelho da injustiça, as mães neuroatípicas- TEA apresentam maiores níveis de mágoas do que as mães típicas e que, conseqüentemente, tendem a ter mais ansiedade de traço/estado em razão disso. Ainda, foi feita uma análise sobre se diferentes contextos das injustiças vivenciadas pelos filhos moderariam a relação entre o tipo de mãe e os níveis de mágoa, mas não foram encontrados resultados estatisticamente significativos sobre essa relação.

Houve diferenças significativas no grau de perdão entre mães típicas e atípicas-TEA, o perdão mediou sequencialmente a relação entre o tipo de mãe e a ansiedade de traço e explicou, indiretamente, a relação entre mágoa e ansiedade de traço. O que significa que o perdão é um fenômeno válido e eficaz para se trabalhar mágoas interpessoais e, conseqüentemente, reduzir o quadro ansioso, de sofrimento mental, de mães atípicas de crianças TEA, na faixa etária entre os 02 a 17 anos de idade.

A presente pesquisa apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, não houve como chegar a um quantitativo igual entre os dois grupos de participantes e nem como equiparar idade das mães, e idade e sexo das crianças dos dois grupos. Outra questão é que para pesquisas quantitativas, quanto maior a amostra, maiores as chances de generalizações. Assim sendo, estudos futuros devem completar essas lacunas. Uma vez que esta pesquisa sinaliza a terapia do perdão como instrumento válido e eficaz para mães ansiosas de crianças TEA, os próximos estudos devem corroborar essa diretriz na prática clínica.

Por fim, espera-se que essa pesquisa sirva como mais uma replicação sobre os estudos que correlaciona perdão interpessoal e mães neuroatípicas- TEA auxiliando, dessa forma, na construção de práticas preventivas e interventivas direcionadas a essas mães (a mim) como apoio social do materno atípico- TEA, em outras palavras, como estratégia terapêutica de baixo custo, de forma que se possa ser oferecido acolhimento e escuta àquelas que estão em estado de sofrimento mental.

Referências

- Aguiar MCM, Pondé MP. Parenting a child with autism. 2019. J. bras. Psiquiatr. 68 (1) 42-47. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000223>.
- Andrade, T.F. (2014). *Refinamento Psicométrico da Escala de Atitudes para o Perdão (EFI)*. Dissertação. Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6975?locale=pt_BR.
- Ahmed EA, Alkhaldi SM, Alduraiddi H, Albsoul RA, Alhamdan MZ. Quality of Life of Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorder in Jordan. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2023 Jun 5;19:e174501792304180. doi: 10.2174/17450179-v19-e230529-2022-40. PMID: 37916204; PMCID: PMC10351341.
- ALBusaidi AMS, ALMasroori SAS, Awladthani BMS, ALKhaldi SA, Al Alawi N, Al Salmani AA. Quality of life and coping strategies used by parents of children with autism spectrum disorder in Oman. Autism Dev Lang Impair. 2022 Nov 29;7:23969415221142262. doi: 10.1177/23969415221142262. PMID: 36466041; PMCID: PMC9716633.
- Alghamdi K, Alahmadi S, Sayedahmad A, Mosleh H. Psychological Well-Being of Mothers of Children With Autism in Saudi Arabia. Cureus. 2022 Mar 18; 14(3): e23284. doi: 10
- Alibakhshi H, Mahdizadeh F, Siminghalam M, Ghorbani R. The Effect of Emotional Intelligence on the Quality of Life of Mothers of Children with Autism. Middle East J Rehabil Health Study 2018; 5(1) e12468. <https://doi.org/10.5812/mejrh.12468..7759/cureus.23284>. PMID: 35449665; PMCID: PMC9012595.
- Alsaadi, Maiyasa. (2024). Predictors of parenting stress among mothers raising children with autism spectrum disorder (ASD) in the sultanate of Oman: A cross-sectional study. International Journal of Science and Research Archive. 12. 169-187. 10.30574/ijrsra.2024.12.2.1011.
- Alshaigi K, Albraheem R, Alsaleem K, Zakaria M, Jobeir A, Aldhalaan H. Stigmatization among parents of autism spectrum disorder children in Riyadh, Saudi Arabia Int J Pediatr Adolesc Med. 2020 Sep;7(3):140-146. doi: 10.1016/j.ijpam.2019.06.003. Epub 2019 Jun 17. PMID: 33094144; PMCID: PMC7568054.
- Althiabi Y. Attitude, anxiety and perceived mental health care needs among parents of

- children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Saudi Arabia during COVID-19 pandemic. *Res Dev Disabil.* 2021 Apr;111:103873. doi: 10.1016/j.ridd.2021.103873. Epub 2021 Feb 2. PMID: 33540358.
- AlTowairqi W, Alosaimi W, AlZaidi S, Helmy F, AlSherif E. 2015. Depression among mothers of autistic spectral disorder children. *International Journal of Contemporary Pediatrics.* 2. 119. 10.5455/2349-3291.ijcp20150511.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders* (3rd. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders* (4th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ansari AMA, Janahi MI, AlTourah AJ, Jahrami HA, Rajab MB .Self-reported psychological disorders among the mothers of children with autism spectrum disorder, type 1 diabetes mellitus, and typically developed children. *J Neurodev Disord.* 2021 May 22;13(1):21. doi: 10.1186/s11689-021-09369-y. PMID: 34022801; PMCID: PMC8141116.
- Bai, D., Yip, B.H.K., Windhan, G.C., Sourander, A., Francis, R., Yoff, R., Glasson, E., Mahjani, B., Suominen, A., Leonar, H., Gissler, M., Buxbaum, J.D., Wang, K., Shendel, D., Kodesh, A., Breshnaham, M., Levine, S.Z., Parmer, E.T., Hansen, S.N., Hultman, C., ... Sandin, S. (2019). Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort. *Jama Psychiatry*, 76 (10): 1035-1043.
- Ban Y, Sun J, Liu J. Social Support and Subjective Well-Being in Chinese Parents of Children With Autism Spectrum Disorder: The Mediating Role of Perceived Discrimination. *Front Psychol.* 2021 Nov 8;12:781794. doi: 10.3389/fpsyg.2021.781794. PMID: 34819903; PMCID: PMC8606395.
- Barańczuk U, Pisula E. Parental stress and symptoms of depression: a preliminary report. *Int J Dev Disabil.* 2020 Jul 29;68(4):445-453. doi: 10.1080/20473869.2020.1797450. PMID: 35937167; PMCID: PMC9351583.

- Barišić A, Šimleša S, Ivšac Pavliša JI. Quality of life for mothers of children with autism spectrum disorders. *Paediatr Croat.* 2023;67:39-45. doi:http://dx.doi.org/10.13112/PC.2023.7.
- Besharat, M. A. (2004). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Unpublished research report. Tehran: University of Tehran.
- Biasão, M.C.R. (2019). *Classificação da Gravidade do Transtorno do Espectro Autista baseada no padrão de rastreamento ocular*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo.
- Bleuler, E. (2005). *Dementia praecox ou o grupo de esquizofrenias*. (1a. ed.) Climepsi.
- Bramhe V. Depression and Anxiety in mothers of children with autism spectrum disorders and intellectual disabilities. *Indian Journal of Mental Health* 2019;6(3).
- Brenneis, M. J. (2001). The relationship between forgiveness and physical health indicators in recovering members of the clergy. *Journal of Ministry in Addiction & Recovery*, 7, 43–59.
- Brites, L & Brites, C. *Mentes Únicas*. (1a ed.). Gente.
- Cai RY, Uljarević M, Leekam SR. Predicting Mental Health and Psychological Wellbeing in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: Roles of Intolerance of Uncertainty and Coping. *Autism Res.* 2020 Oct;13(10):1797-1801. doi: 10.1002/aur.2341. Epub 2020 Jul 3. PMID: 32618140.
- Castro, T. *Simplificando o Autismo: Para pais, familiares e profissionais*. (1ª ed.). Literate Books.
- Cooney, A., Allan, A., Allan, M.M., McKillop, D., & Drake, D.G. (2010). The forgiveness process in primary and secondary victims of violent and sexual offences. *Australian Journal of Psychology*, 63, 107-118.
- Dababnah, Sarah & Parish, Susan. (2013). “At a moment, you could collapse”: Raising children with autism in the West Bank. *Children and Youth Services Review*. 35. 1670-1678. 10.1016/j.childyouth.2013.07.007.
- DeCaporale-Ryan, L. N., & Steffen, A. M. (2016). Dementia spousal caregivers past transgressions: Measuring and understanding forgiveness experiences. *Journal of Women & Aging*, 28(6), 1-11.
- DeCaporale-Ryan, L. N., Steffen, A. M., Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2013).

- Extension of the Enright Forgiveness Inventory to middle-aged and older wives. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 25(4), 344–357.
- Divan G, Vajaratkar V, Desai MU, Strik-Lievers L, Patel V. Challenges, coping strategies, and unmet needs of families with a child with autism spectrum disorder in Goa, India. *Autism Res.* 2012 Jun;5(3):190-200. doi: 10.1002/aur.1225. Epub 2012 Mar 30. PMID: 22473816; PMCID: PMC4991760.
- Enright, R.D. & Coyle, C.T. (1998). Researching the process model of forgiveness within psychological interventions. In E. L. Worthington (Ed.), *Dimensions of forgiveness: psychological research and theological perspectives*. Radnor, PA: Templeton Foundation Press.
- Enright, R.D., Freedman, S., & Rique, J. (1998). The psychology of interpersonal forgiveness. In Enright, R.D. & North, J. (Ed.), *Exploring forgiveness* (pp 46-62). Madison: University of Wisconsin Press.
- Enright, R. D., & Human Development Study Group, T. (1991). The Moral Development of Forgiveness. In & W. K. & J. Gewirtz (Eds.), *Handbook of Moral Behavior and Development* (pp. 123–152). NJ: Erlbaum: Hillsdale.
- Enright, R.D & North, J. (Eds.). (1998). *Exploring forgiveness*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Enright, R.D., & Rique, J. (2001). *The Enright Forgiveness Inventory: User's Manual*. MindGarden Press. Recuperado em 18 de maio, 2023 de <http://www.mindgarden.com/products/efins.htm>.
- Enright, R.D., Rique, J., Lustosa, R., Song, J.Y., Komoski, M.C., Batool, I., Bolt, D., Sung, H., Tina Huang, S.T., Park, Y., Leer-Salvesen, P.E., Andrade, T., Naeem, A., Viray, J., & Costuna, E. (2021). Validating the Enright forgiveness inventory-30 (EFI-30). *European Journal of Psychological Assessment*, 38 (2), 113-123.
- Erzar, T., Yu, L., Enright, R. D., & Kompan Erzar, K. (2019). Childhood Victimization, Recent Injustice, Anger, and Forgiveness in a Sample of Imprisoned Male Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(1), 18-31.
- Exline, J.J., & Baumeister, R. F. (2001). Expressing forgiveness and repentance: Benefits and barriers. In M.E.McCullough, K.I. Pargament & C.E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 133-155). New York: Guilford Press.
- Ferenc, K., Byrka, K., & Król, M. E. (2023). The spectrum of attitudes towards the

- spectrum of autism and its relationship to psychological distress in mothers of children with autism. *Autism*, 27(1), 54-64. <https://doi.org/10.1177/13623613221081185>.
- Ferreira, A.B.H. (2009). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Editora Positivo.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à realidade*. Lisboa, Lusodidacta.
- Freedman, S., & Chen, E. Y.-J. (2023). Forgiveness education as a form of peace education with fifth-grade students: A pilot study with implications for educators. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 29(3), 235–246.
- Freedman, S. R., & Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 983–92.
- Gassin, E. A., & Enright, R. D. (2005). Bringing peace to the central city: Forgiveness education in Milwaukee. *Theory into Practice*, 44 (4), 319-328.
- Ghobari Bonab, B., Khodayarifard, M., Geshnigani, R. H., Khoei, B., Nosrati, F., Song, M. J., & Enright, R. D. (2021). Effectiveness of forgiveness education with adolescents in reducing anger and ethnic prejudice in Iran. *Journal of Educational Psychology*, 113(4), 846–860.
- Gomes, R.S. & Ferrarez, R.F.L. (2012). Aspectos conceituais do perdão no campo da psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32 (3), 618-631.
- Gupta, R. K., & Kaur, H. (2010). Stress among parents of children with intellectual disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 21(2), 118-126.
- Halstead, P. J. (2012). The forgiveness matters course: A theologically and psychologically integrated approach to help churchgoing adults process their parental wounds. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 14 (2), 85-110.
- Hansen, M.J., Enright, R.D., Baskin, T.W. , & Klatt, J. (2009). A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill câncer patients. *Journal of Palliat Care*, 25 (1), 51-60.
- Hantman, S., & Cohen, O. (2007) Forgiveness in Late Life, *Journal of Gerontological Social Work*, 53:7, 613-630.
- Haroon, Z., Iftikhar, R., Kim, J.J, Volk, F., & Enright, R.D. (2021) A randomized controlled trial of a forgiveness intervention program with female acid attack survivors in Pakistan. *Clin Psychol Psychother*, 28, 917–928.
- Hasan, A.A. & ALsulami, A. (2024), "Perceived psychological status among family

- caregivers of an autistic child: the role of coping strategies and self-esteem as predictors", *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. 28 No. 5, pp. 792-802. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2023-0081>.
- Herrero R, Díaz A, Zueco J. The Burden and Psychological Distress of Family Caregivers of Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Gender Approach. *J Clin Med*. 2024 May 13;13(10):2861. doi: 10.3390/jcm13102861. PMID: 38792402; PMCID: PMC11121944.
- Huang Y, Huang Y, Lin M, Tao Y. Seeking central hopelessness symptoms which direct link to resilience among parents of children with autism spectrum disorder in China-A network perspective. *Psych J*. 2024 Feb;13(1):102-112. doi: 10.1002/pchj.707. Epub 2023 Nov 9. PMID: 37942982; PMCID: PMC10917102.
- Ingersoll-Dayton, B., Torges, C., & Krause, N. Unforgiveness, rumination, and depressive symptoms among older adults. (2009). *Aging Ment Health*, 14 (4), 439-449.
- Kandel, E. Schwartz, J., Jessell, T., Siegelbaum, S., & Hudspeth, A.J. (Orgs). (2014). *Princípios de Neurociências-5*. AMGH Editora.
- Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2 (3), 217-250 .
- Kim, J. J., Volk, F., & Enright, R.D. (2017). A psychological and theological defense of self-forgiveness: implications for counseling. *Journal of Psychology and Theology*, 42, 260-268.
- Kim, J. J., Volk, F., & Enright, R.D. (2021). Validating the Enright Self- Forgiveness Inventory (ESFI). *Current Psychology*, 41, 7604-7617.
- Kim, J. J., Payne, E. S., & Tracy, E. L. (2022). Indirect effects of forgiveness on psychological health through anger and hope: A parallel mediation analysis. *Journal of Religion and Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01518-4>.
- Kira, I.A., Lewandowski, L.A., Templin, T.N., Ramaswamy, V., Ozkan, B. & Mohanesh, J. (2009).. The effects of post-retribution inter-group forgiveness: the case of Iraqi refugees. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 15, 385-413.
- Kirk, S., Gallagher, J., & Coleman, M. R. (2014). Educating exceptional children. Cengage Learning. Retrieved from <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=qy495MOE7RYC&oi=fnd&pg=>

- PR7&dq=+educating+exceptional+children&ots=xQWuY-KIt&sig=9O4CqxLQclGKeGR6EKvoasjat7w.
- Kiyani Z, Mirzaiee H, Hosseini AS, Sourtiji H, Hosseinzadeh S, Ebrahimi E. (2020). The Effect of Filial Therapy on the Parenting Stress of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder. *Journal of Rehabilitation*. 21. 206-219. 10.32598/RJ.21.2.2726.1.
- Kousha M, Attar HA, Shoar Z. Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *J Child Health Care*. 2016 Sep;20(3):405-14. doi: 10.1177/1367493515598644. Epub 2015 Aug 26. PMID: 26311483.
- Kupfer, M. (2000). Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicologia USP*, 11(1), 85-105. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000100006>.
- Laister D, Vivanti G, Marschik PB, Fellingner J, Holzinger D. Enhancement of Social Communication Behaviors in Young Children With Autism Affects Maternal Stress. *Front Psychiatry*. 2021 Dec 7;12:797148. doi: 10.3389/fpsy.2021.797148. PMID: 34950076; PMCID: PMC8688251.
- Lander, I. (2014). Expanding the horizons of forgiveness therapy: A cross-cultural application with a Bedouin-Arab woman. *Clinical Social Work Journal*, 42(4), 395–407.
- Lee JK, Chiang HM. Parenting stress in South Korean mothers of adolescent children with autism spectrum disorder. *Int J Dev Disabil*. 2017 Feb 1;64(2):120-127. doi: 10.1080/20473869.2017.1279843. PMID: 34141299; PMCID: PMC8115606.
- Lee, Y.-R., & Enright, R. D. (2009). Fathers' forgiveness as a moderator between perceived unfair treatment by a family of origin member and anger with own children. *The Family Journal*, 17(1), 22–31.
- Lee, Y.R., & Enright, R.D. (2019). A meta-analysis of the association between forgiveness of others and physical health. *Psychology and Health*, 34, 626-643.
- Lentoor, Antonio & Mdluli, Thuli & Maepa, M.P.. (2023). 'I asked myself why I was having this difficult child': Care Burden Experiences of Black African Mothers Raising A Child with Autistic Spectrum Disorder. *The Open Public Health Journal*. 16. 10.2174/18749445-v16-230726-2023-25.
- Lida N, Wada Y, Yamashita T, Aoyama M, Hirai K, Narumoto J. Effectiveness of parent

- training in improving stress-coping capability, anxiety, and depression in mothers raising children with autism spectrum disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Dec 7;14:3355-3362. doi: 10.2147/NDT.S188387. PMID: 30573959; PMCID: PMC6292242.
- Limbers CA, Gutierrez A, Cohen LA. The Patient-Centered Medical Home: Mental Health and Parenting Stress in Mothers of Children With Autism. *J Prim Care Community Health*. 2020 Jan-Dec;11:2150132720936067. doi: 10.1177/2150132720936067. PMID: 32560589; PMCID: PMC7307399.
- Lin, W. N., Enright, R.D., & Klatt, J. (2011). Forgiveness as Character education for children and adolescents. (2011). *Journal Moral Education*, 40, 237-253.
- Lloyd, T., & Hastings, R. P. (2008). Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities: Cross sectional and longitudinal relationships. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 37-48.
- Lopes, R.F.F., & Santana, R.G. (2010). Perdão: uma visão da psicologia evolucionista e da abordagem comportamental. In M.M.C. Hübner, M.R. Garcia, P. Abreu, E. Cillo & P. Faleiros (Org.), *Sobre comportamento e cognição: análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas* (V. 25, pp. 39-45). Santo André, SP: ESEtec Editores Associados.
- López, J., Serrano, M.I., Giménez, I., & Noriega, C. (2021). Forgiveness interventions for older adults: A review. *J. Clin. Med*, 10 (9), 1866-1876.
- Lundahl, B. W., Tollefson, D., Risser, H., & Lovejoy, M. C. (2008). A Meta-Analysis of Father Involvement in Parent Training. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 97-106.
- Lushin V, O'Brien KH. Parental Mental Health: Addressing the Unmet Needs of Caregivers for Children With Autism Spectrum Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Dec;55(12):1013-1015. doi: 10.1016/j.jaac.2016.09.507. PMID: 27871633.
- Maia, G., & Muner, L. (2024). MATERNIDADE ATÍPICA. *Revista Cathedral*, 6(2), 12-27. Recuperado de: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/770>.
- Malla K & Taha P. (2022). Psychological Burden, Hope, And Resilience among Mothers of Autistic Spectrum Children; Comparative Study. *the journal of duhok university*. 25. 176-187. 10.26682/sjuod.2022.25.2.16.
- Marcinechová D, Záhorcová L, Lohazerová K. Self-forgiveness, Guilt, Shame, and

- Parental Stress among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychol*. 2023 Mar 10;1-16. doi: 10.1007/s12144-023-04476-6. Epub ahead of print. PMID: 37359690; PMCID: PMC10000355.
- Marsack CN, Perry TE. Aging in Place in Every Community: Social Exclusion Experiences of Parents of Adult children With Autism Spectrum Disorder. *Res Aging*. 2018 Jul;40(6):535-557. doi: 10.1177/0164027517717044. Epub 2017 Jul 5. PMID: 28677419; PMCID: PMC6345512.
- Matsukura, T., & Sime, M. (2008), Demandas e expectativas de famílias de crianças com necessidades especiais: de situações do cotidiano aos técnicos envolvidos no tratamento. *Temas sobre Desenvolvimento*, 16(94):214-220.
- May T, Williams K. Mother and child mental health over time in children with Autism and/or ADHD in the Longitudinal Study of Australian Children. *Dev Psychopathol*. 2024 Feb;36(1):170-180. doi: 10.1017/S0954579422001067. Epub 2022 Nov 8. PMID: 36345845.
- McCullough, M.E., Pargament, K.I., & Thoresen, C.E. (2001). The psychology of forgiveness: history, conceptual issues and overview. In M.E. McCullough, K.I. Pargament & C.E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp.1-14). New York: Guilford Press.
- Meneses, C. W., & Greenberg, L. S. (2014). Interpersonal Forgiveness in Emotion Focused Couples' Therapy: Relating Process to Outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1), 40–67. <https://doi.org/doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.00330.x>.
- Minhas A, Vajaratkar V, Divan G, Hamdani SU, Leadbitter K, Taylor C, Aldred C, Tariq A, Tariq M, Cardoza P, Green J, Patel V, Rahman A. Parents' perspectives on care of children with autistic spectrum disorder in South Asia - Views from Pakistan and India. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(3):247-56. doi: 10.3109/09540261.2015.1049128. Epub 2015 Jun 24. PMID: 26107996.
- Miniarikova E, Vernhet C, Peries M, Loubersac J, Picot MC, Munir K, Baghdadli A. Anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder during the first COVID-19 lockdown: Report from the ELENA cohort. *J Psychiatr Res*. 2022 May;149:344-351. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.11.022. Epub 2021 Nov 8. PMID: 34776249; PMCID: PMC9750171.
- Mohammadi A, Ghazavi Z, Moghadam MF. The Effect of a Happiness Education

- Program on the Expressed Emotion and Quality of Life of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2024 Jul 24;29(4):446-451. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_20_22. PMID: 39205830; PMCID: PMC11349155.
- Mohamed, M., Elhariri, H. M., Elsheikh, M. S., Atti, M. A., Belawo, H. M., & Adel, A. (2022). Effect of COVID-19 quarantine on caregivers of Egyptian children with autistic spectrum disorder. *International Journal of Health Sciences*, 6(S4), 1000–1007. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS4.5901>.
- Nahar S, Zambelli Z, Halstead EJ. Risk and protective factors associated with maternal mental health in mothers of children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil.* 2022 Dec;131:104362. doi: 10.1016/j.ridd.2022.104362. Epub 2022 Oct 21. PMID: 36274394.
- Naheed A, Islam MS, Brooks MB, Fawzi MCS, Ashraf MN, Ahmed HU, Uddin MMJ, Koly KN, Galea JT, Akhter S, Nelson C, Hossain SW, Munir KM. Feasibility of a school-based mental health program implementation to improve the status of depression and quality of life of mothers of children with autism spectrum disorders in urban Bangladesh: MENTHOL study. *Glob Ment Health (Camb).* 2022 Mar 23;9:146-156. doi: 10.1017/gmh.2022.16. PMID: 36618722; PMCID: PMC9806996.
- Nemati, S., & mehdipour maralani, F. (2016). attachment to god and resilience among mothers of intellectual disability and normal children. *Psychology of Exceptional Individuals*, 6(23), 199-215. doi: 10.22054/jpe.2015.1914.
- Nemati, S., Mirnasab, M.H., & Bonab, B.G. (2016). The relationship between dimensions of forgiveness with mental health in mother of children with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Education and Learning*, 5(4), 15-20.
- Ntre V, Papanikolaou K, Amanaki E, Triantafyllou K, Tzavara C, Kolaitis G. Coping Strategies in mothers of children with autism spectrum disorder and their relation to maternal stress and depression. *Psychiatriki.* 2022 Sep 19;33(3):210-218. doi: 10.22365/jpsych.2022.068. Epub 2022 Feb 21. PMID: 35255474.
- Olivett, M., & Powers, R. (2011). Experiences of forgiveness among nonclergy clients receiving residential psychiatric treatment. *Counseling and Values*, 53, 126-139.
- Orathinkal, J., & Vansteenwegen, A. (2006). The Effect of Forgiveness on Marital Satisfaction in Relation to Marital Stability. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 28(2), 251–260.

- Orathinkal, J., Vansteenwegen, A., & Burggraeve, R. (2008). Forgiveness: A perception and motivation study among married adults. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 155-160.
- Oti-Boadi M, Dankyi E, Kwakye-Nuako CO. Stigma and Forgiveness in Ghanaian Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *J Autism Dev Disord*. 2020 Apr;50(4):1391-1400. doi: 10.1007/s10803-020-04366-x. PMID: 31970599.
- Papadopoulos D. Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. *Brain Sci*. 2021 Mar 2;11(3):309. doi: 10.3390/brainsci11030309. PMID: 33801233; PMCID: PMC8001702.
- Park, S.R. (1998). *Measuring forgiveness across three cultures*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Pinto, Alinne Souza, & Constantinidis, Teresinha Cid. (2020). Revisão Integrativa sobre a Vivência de Mães de Crianças com Transtorno de Espectro Autista. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(2), 89-103. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.799>.
- Quenstedt-Moe, G., & Popkess, S. (2012). Forgiveness and health in Christian women. *Journal of Religion and Health*, 53 (1), 204-216.
- R Core Team (2021). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
- Rattaz C, Loubersac J, Michelon C, Picot MC, Baghdadli A; ELENA study group. Changes in mothers' and fathers' stress level, mental health and coping strategies during the 3 years following ASD diagnosis. *Res Dev Disabil*. 2023 Jun;137:104497. doi: 10.1016/j.ridd.2023.104497. Epub 2023 Mar 31. PMID: 37004353.
- Recio P, Molero F, García-Ael C, Pérez-Garín D. Perceived discrimination and self esteem among family caregivers of children with autism spectrum disorders (ASD) and children with intellectual disabilities (ID) in Spain: The mediational role of affiliate stigma and social support. *Res Dev Disabil*. 2020 Oct;105:103737. doi: 10.1016/j.ridd.2020.103737. Epub 2020 Jul 14. PMID: 32679389.
- Rfat M, Koçak O, Uzun B. Parenting Challenges in Families of Children with a Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Research Study in Istanbul. *Glob Soc Welf*. 2023 Feb 23;1-10. doi: 10.1007/s40609-023-00270-1. Epub ahead of print. PMID: 36852134; PMCID: PMC9947891.
- Rique, J. (1999). A cross-cultural study on the Enright Forgiveness Inventory (EFI): A

- measure for Interpersonal Forgiveness. Samples from Brazil and the United States. University of Wisconsin, Madison.
- Rique, J., Camino, C. P. S., Enright, R. D., & Queiroz, P. (2007). Perdão interpessoal e contextos de injustiça no Brasil e Estados Unidos. *Psico*, 38(2), 185–192.
- Rita JA, Kannan PP, Raghavan V. Association between severity and repetitive behaviours among children with autism spectrum disorder and anxiety and depression among their primary caregivers. *Indian Journal of Mental Health and Neurosciences*, 3(1), 42-50. Doi: doi: <https://doi.org/10.32746/ijmhns.2020.v3.i1.31>.
- Rogers, S & Watson, J. (2019). *Intervenção precoce em crianças com autismo*. (3a ed.) Lidel.
- Şahin, E., Öz, A. O., Özdurak Singin, R. H., Düz, S. (2020). The Effects of Recreational Activities on Depressive Symptoms and Burnout Level of Mothers Having Children with Autism Spectrum Disorders. *International Journal of Disabilities Sports and Health Sciences*, 3(2), 74-82. <https://doi.org/10.33438/ijdshts.754440>.
- Santiago CFG, Lelis DF, Ferreira GFS, Pinto AL, Caldeira IP, Ribeiro NG, Forechi L, Baldo TOF, Baldo MP. Mental health in mothers of children with autism spectrum disorder: a cross-sectional study. *Women Health*. 2024 Sep;64(8):636-647. doi: 10.1080/03630242.2024.2392137. Epub 2024 Aug 18. PMID: 39155146.
- Schnabel A, Hallford DJ, Stewart M, McGillivray JA, Forbes D, Austin DW. An Initial Examination of Post-Traumatic Stress Disorder in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder: Challenging Child Behaviors as Criterion A Traumatic Stressors. *Autism Res*. 2020 Sep;13(9):1527-1536. doi: 10.1002/aur.2301. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32286738.
- Sells, J.N., & Hargrave, T.D. (1998). Forgiveness: A review of the theoretical and empirical literature. *Journal of Family Therapy*, 20 (1), 21-36.
- Selvakumar N, Panicker AS. Stress and Coping Styles in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Indian J Psychol Med*. 2020 Apr 25;42(3):225-232. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_333_19. PMID: 32612326; PMCID: PMC7320725.
- Silva dos Santos, M. C.; Magalhães Nogueira, M. L.; MATERNIDADE OU MATERNAGEM: O LUGAR DA MULHER NO CUIDADO DO FILHO ATÍPICO. **Revista Mosaico - Revista de História**, Goiânia, Brasil, v. 16, n. 4, p. 151–160, 2024. DOI: 10.18224/mos.v16i4.13512. Disponível em:

- <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/13512>. Acesso em: 16 nov. 2024.
- Sheffer, E. (2019). *Crianças de Asperger: as origens do autismo na Viena nazista*. (1a ed.). Record.
- Smedes, L. B. (1996). *The art of forgiving: When you need to forgive and don't know how*. Nashville, TN: Moorings.
- Sopaul, Tania. (2019). An Interpretative Phenomenological Analysis of Families Affected by Autism in Dubai. *Dubai Medical Journal*. 2. 1-8. 10.1159/000501770.
- Stanford CE, Hastings RP, Riby DM, Archer HJ, Page SE, Cebula K. Psychological distress and positive gain in mothers of children with autism, with or without other children with neurodevelopmental disorders. *Int J Dev Disabil*. 2020 Aug 28;68(4):479-484. doi: 10.1080/20473869.2020.1812347. PMID: 35937166; PMCID: PMC9351565.
- Subkoviak, M. J., Enright, R. D., Wu, C., Gassin, E. A., Freedman, S., Olson, L., & Sarinopoulos, I. (1995). Measuring interpersonal forgiveness in late adolescence and middle adulthood. *Journal of Adolescence*, 18, 641–655.
- Taysi, E. & Vural, D. (2016). [Forgiveness Education for Fourth Grade Students in Turkey](#), *The International Society of Child Indicators* (ISCI), vol. 9(4),1095-1115.
- The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Thompson, L. Y., & Synder, C. R. (2003). Measuring forgiveness. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp.301–312). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10612-019>.
- Turda, S. (2023). The Impact of Parental Stress among the Quality of Life of mothers of children with Autism Spectrum Disorder and Down Syndrome. *International Journal of Special Education*, 38(3), 95–106. <https://doi.org/10.52291/ijse.2023.38.42>.
- Vanderweele, T.J. (2018). Is forgiveness a public issue? *Am J Public Health*. 108 (2). 189-190.
- Van Tongeren, D. R., & Lindemann, R. (2020). Intergroup forgiveness. In E. L. Worthington, Jr. & N. G. Wade (Eds.), *Handbook of forgiveness*, 2, 301–311.
- Viana, C. T. de S., & Benicasa, M. (2023). MATERNIDADE ATÍPICA: TERMO E

- CONCEITO. *Revista Acadêmica Online*, 9(46). Recuperado de <https://revistaacademicaonline.com/index.php/rao/article/view/299>.
- Waltman, M. A., Russell, D. C., Coyle, C. T., Enright, R. D., Holter, A. C., & Swoboda, C. M. (2009). The effects of a forgiveness intervention on patients with coronary artery disease. *Psychology and Health*, 24, 11-27.
- Wang C. Mental health and social support of caregivers of children and adolescents with ASD and other developmental disorders during COVID-19 pandemic. *J Affect Disord Rep*. 2021 Dec;6:100242. doi: 10.1016/j.jadr.2021.100242. Epub 2021 Sep 22. PMID: 34580666; PMCID: PMC8457638.
- Wang, Sisi & Wu, Tianhao & Liu, Jingjing & Guan, Wenjun. (2024). Relationship between perceived discrimination and social anxiety among parents of children with autism spectrum disorders in China: The mediating roles of affiliate stigma and perceived social support. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 111. 102310. 10.1016/j.rasd.2023.102310.
- Whitehead, A.L. Neighborhoods, Family Functioning, and Mothers' Mental Health for Families with a Child with an Autism Spectrum Disorder. *Applied Research Quality Life* 12, 633–651 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11482-016-9480-9>.
- Ye Y, Deng T, Chen M, Huang B, Ji Y, Feng Y, Liu S, Zhang T, Zhang L. Relationship between affiliate stigma and family quality of life among parents of children with autism spectrum disorders: The mediating role of parenting self-efficacy. *Arch Psychiatr Nurs*. 2024 Apr;49:23-31. doi: 10.1016/j.apnu.2024.01.011. Epub 2024 Jan 20. PMID: 38734451.
- Yu, L., Gambaro, M., Song, J., Teslik, M., Komoski, M. C., Wollner, B. & Enright, R. D. (2021). Forgiveness Therapy in a Maximum-Security Correctional Institution: A Randomized Clinical Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 1-16.
- Zaki R, Ahmed G. (2016). Influence of autism awareness on the psychological well being of mothers caring for their children with autism. *Journal of Nursing Education and Practice*. 6. 10.5430/jnep.v6n9p90.
- Zhang X, Kern ZG, Yun J. Physical Activity and Mental Health of Parents of Children With Autism Spectrum Disorder. *Adapt Phys Activ Q*. 2023 Mar 13;40(4):649-663. doi: 10.1123/apaq.2022-0175. PMID: 36913949.
- Zhou W, Xu H, Liu D, Xiong X. Association between emotional problems and coping styles in mothers of children with autism spectrum disorders. *Chinese Journal of Medicine and Brain Science* ; (12): 1015-1019, 2019.