



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

LUCAS POLEZI DO COUTO

**AVALIAÇÃO DE ESTRESSE, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E UMA PROPOSTA
DE INTERVENÇÃO NA AUTOCOMPAIXÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Vitória, ES

2023

LUCAS POLEZI DO COUTO

**AVALIAÇÃO DE ESTRESSE, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E UMA PROPOSTA
DE INTERVENÇÃO NA AUTOCOMPAIXÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

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

Vitória, ES

2023

**AVALIAÇÃO DE ESTRESSE, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E UMA PROPOSTA
DE INTERVENÇÃO NA AUTOCOMPAIXÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

LUCAS POLEZI DO COUTO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Dissertação defendida e aprovada em 30 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^a Fabiana Pinheiro Ramos
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Orientadora - Presidente da Banca Examinadora

Prof^ª Dr^a Valeschka Martins Guerra
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Examinadora Interna

Prof^ª Dr^a Marina Menezes
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Professora Convidada - Examinadora Externa

*Dedico este trabalho a todas as mães e pais de pessoas autistas, bem como a todas as
pessoas autistas.*

*Dedico este trabalho a todas as mães e pais de pessoas autistas que se sentem
sobrecarregadas(os) e fatigadas(os) com os desafios da parentalidade. Dedico este trabalho
a todas as mães e pais de pessoas autistas que são invalidadas em sua dor, que se sentem
envergonhadas(os), culpadas(os) e estressadas(os). Desejo que vocês sejam alcançados e
abraçados pela autocompaixão.*

*Dedico este trabalho a todas as famílias e pessoas autistas que eu conheci, conheço e
irei conhecer.*

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu irmão.

Agradecimentos

Começar a escrever essa seção já me deixa com os olhos marejados, sou inundado por uma série de emoções e lembranças do quão custoso e divertido foi chegar até aqui. Paro e as lágrimas escorrem pelos olhos. A gratidão é um sentimento e uma atitude que eu conheci, reconheci e me conectei há alguns anos atrás e que é algo de grande valor para mim. Eu cheguei aqui graças ao meu empenho e dedicação? Sim! Logo, primeiramente, quero agradecer a mim mesmo por ter alcançado esse momento. E até reconhecer isso é uma grande mudança, pois antes eu não reconhecia que os resultados (frutos) do meu trabalho eram decorrentes das sementes que eu plantei, sempre atribuía o sucesso a algo ou alguém. Eu cheguei até aqui graças, também, a muitas mãos visíveis e invisíveis e decidi dedicar esse espaço para agradecer a essas mãos. A forma como irei escrever os meus mais sinceros e singelos agradecimentos, segue uma sequência temporal que, de certa forma, está relacionada com o meu interesse por essa temática e a realização desse sonho.

Agradeço a Deusa e a minha ancestralidade por terem me guiado e amparado durante toda a minha jornada. Por terem me auxiliado a me reconectar comigo mesmo e a me honrar. Não hesito em dizer que a autocompaixão me ajudou e tem me ajudado nesse processo.

Agradeço aos meus pais (Tânia e Paulo) e ao meu irmão (Guilherme) por fazerem parte da minha vida, por sempre me incentivarem a estudar e a seguir um caminho ético e respeitoso. Vocês são inspirações e pessoas muito importantes para mim! Sem vocês eu não teria feito várias das coisas que eu fiz até hoje.

Agradeço aos meus familiares, em especial as minhas madrinhas (Meire e Aline) e aos meus avós maternos (Ozília e José). Vovô Zé (saudades) onde quer que você esteja, tenho certeza que você estaria orgulhoso desse momento e com um lindo sorriso no rosto dizendo “parabéns meu filho”.

Agradeço às pessoas autistas (crianças, adolescentes e adultos) e suas famílias por ter tido (e continuar a ter) a oportunidade de trabalhar com vocês, em aprender com vocês e compartilhar um pouco com vocês.

Agradeço às minhas amigas e amigos por sempre me incentivarem a estudar, a confiar na minha jornada, no meu potencial e me respeitar, aqui vai um agradecimento especial a Geisiely (minha irmã de outras vidas e de coração), a Rejiane, a Mikaella, a Pâmella Souza, a Andressa Tonini, a Bárbara, a Almerinda, a Jéssica Gonçalves, ao Jobson, Aline, Léo Pinto, Raphaella Jardim, Júnior Aragão, Walesca Santos, Amanda Caliman, Gabriela Cordeiro, Adaílsa Araújo, Odoísa, Thais Carvalho, dentre tantas outras pessoas queridas e especiais para mim.

Agradeço aos professores da graduação que sempre me incentivarem e foram referências de profissionais e pessoas para mim, em especial a Alex Roberto Machado, Claudia Ede, Bruna Cipriano, Aline Peruchi, Paulo Ferri, Brunella Tristão, Meire Fiorot e Jucineide Della-Valentina.

Agradeço a minha querida amiga Cláudia Ede, pelos ensinamentos, pelo acolhimento, pelo modelo de atitudes compassivas e por me ensinar e me incentivar a ser eu mesmo e a me capacitar honrando e respeitando a minha verdade e as demais pessoas.

Agradeço a minha querida amiga Deyse Salatiel, uma parceira que a DBT me apresentou. Uma querida amiga que me ajudou a preparar a proposta de projeto, que me incentivou e me deu coragem para fazer a minha inscrição no processo seletivo do mestrado. Ah não poderia deixar de agradecer ao Esequias Caetano e ao Diego Souza, pois se a Tutoria em DBT deles não tivesse existido, eu e a Deyse talvez não teríamos nos conhecido.

Agradeço à minha orientadora, Fabiana (Fabi, como carinhosamente a chamamos), por ter acolhido e escolhido o meu projeto. Fabi, te agradeço por ter acreditado no meu potencial e continuamente me incentivado a fazer o meu melhor. Agradeço pela sua coragem,

pois você pegou um projeto de um tema que, até então, não conhecia muito, mas ainda assim se dedicou ao máximo para que eu pudesse realizar um bom trabalho e que minha experiência no mestrado não fosse algo traumática.

Agradeço às minhas colegas de mestrado, em especial à Mariana Borges, sua amizade é muito valiosa para mim, e durante essa jornada me possibilitou muitos risos, reflexões e aprendizados.

Um agradecimento muito, mais muito especial as minhas amigas e amigos londrinenses, que me acolheram nessa nova cidade, me possibilitando muitos momentos de alegria, aprendizados, além de me incentivarem continuamente a fazer um bom trabalho, a viver a vida com leveza e a aprender com os desafios da vida. Agradeço em especial ao Lucas Barbosa, a Mariane Leal, ao Luciano Carneiro, ao Enio Stanzani, a Isadora Sodré, a Mariah Frighetto, a Luisa Lettrari, ao Matheus Barbosa, a Luiza Mucio, a Naiara Madaloss, a Thais Torres, a Ana Paula, a Natália Cardoso, a Juliana Bagnolli, ao Bruno Brabo, dentre tantas outras pessoas que me acolheram e me acolhem nesse novo lar.

Aqui cabe um agradecimento especial ao Lucas Barbosa, como gentilmente costumo chamar de "irmã". Sua amizade foi e   muito importante para mim. Agradeço por sua espontaneidade, pois aprendo muito com essa faceta sua. Agradeço pelos conselhos, pelo carinho e por ter me abraçado e me abraçar em momentos de grande vulnerabilidade.

Agradeço a Isadora e a Maria Luiza Franco Bab ra (Malu) por terem me auxiliado no processo de divulga o do treinamento em autocompaixão, me auxiliado na corre o dos instrumentos e por estarem comigo. Sem vocês a execu o e continuidade desse projeto não seria possível.

Agradeço   Erika Leonardo e   Paula Teixeira por terem me possibilitado a participar do programa de 8 semanas do MSC e por serem modelos de autocompaixão terna e feroz para mim. Agradeço, também, a essas duas pessoas incríveis por terem me possibilitado a

oportunidade de realizar o *Teacher Training* do programa MSC (o primeiro passo do itinerário de formação para ser professor desse lindo programa).

Participar do programa de 8 semanas do MSC me possibilitou conhecer a Dayanna Gomes, uma pessoa incrível e que se tornou uma querida amiga. Day, a sua amizade é muito valiosa para mim, você é um modelo de pessoa, profissional e de autocompaixão, tanto terna como feroz.

Agradeço ao Rafael por ter realizado a análise estatística dos dados quantitativos.

Agradeço, também, às pessoas especiais que eu fui conhecendo ao longo desses últimos anos e que são modelos para mim, parceiras(os) de trabalho, além de validarem o meu trabalho e me incentivarem. Um agradecimento especial a Liliane Rocha, a Tércia Brasil, a Karla Albuquerque, Valéria Parejo, Carol Silveira, Ana Arantes, Mylena Pinto, Angélica Becker, Samia Paiva, dentre outras pessoas.

Agradeço a todas as pessoas que tive a oportunidade de supervisionar nos últimos anos, em especial as que tenho supervisionado atualmente, vocês são muito importantes para mim e a cada encontro e diálogo que temos cresço junto com vocês.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus filhos pets, o Ganesha e a Lilith (um casal de gatinhos), vocês me auxiliaram muitas vezes na minha regulação emocional, me ensinam que não dá para controlar tudo e que podemos nos divertir com as pequenas coisas da vida.

Mais uma vez Gratidão a todas e a todos!!!!

Becoming a parent gives us a chance to grow by attending to old wounds, including many that we may have forgotten. As parents, we return to an intimate parent-child relationship, but in a different role and with a different perspective. (Susan M. Pollak, 2019, p. 63)

Tornar-se pai ou mãe nos dá a chance de crescer cuidando de velhas feridas, incluindo muitas que podemos ter esquecido. Como pais, voltamos a um relacionamento íntimo entre pais e filhos, mas em um papel diferente e com uma perspectiva diferente. (Susan M. Pollak, 2019, p. 63, tradução nossa)

Couto, L. P. (março, 2023). *Avaliação de estresse, bem-estar psicológico e uma proposta de intervenção na autocompaixão de cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo (178 p.).

Resumo

Pais e mães de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam níveis mais altos de estresse e sobrecarga emocional, bem como repertórios abaixo da média em autocompaixão e bem-estar psicológico, se comparados a cuidadores de crianças com desenvolvimento típico, conforme pesquisas da área. A autocompaixão inclui a presença de autobondade e gentileza para consigo mesmo, para com seu próprio sofrimento e dificuldades, bem como, uma postura de coragem e motivação para aliviá-los. Já o bem-estar psicológico abarca as habilidades para lidar com emoções, pensamentos e dificuldades a fim de organizar o ambiente em que o indivíduo vive e construir uma vida significativa. Estudos apontam que a autocompaixão contribui para a diminuição do estresse, ansiedade, depressão e preocupação, favorecendo o aumento do bem-estar psicológico, satisfação com a vida e qualidade de vida. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar indicadores de estresse e bem-estar psicológico e propor uma intervenção em autocompaixão em mães e pais de crianças com TEA, verificando se a intervenção modificava esses indicadores. O treinamento foi composto por cinco sessões nas quais foram discutidas temáticas sobre parentalidade, estresse parental e autocompaixão. Participaram da pesquisa 77 pessoas no período de pré-teste e 10 cuidadores chegaram até o final da intervenção (pós-teste). Utilizou-se os seguintes instrumentos antes da intervenção: 1) *Questionário de Caracterização da Amostra*; 2) *Escala de Autocompaixão (SCS)*; 3) *Escala de Estresse Parental (EePa)*; 4) *Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)*. No pós-tratamento, os participantes responderam mais uma vez a SCS,

a EEPa e a EBEP e um *Questionário de Avaliação da Intervenção*. A pesquisa deu-se na modalidade *online*, devido à pandemia da Covid-19, desde o recrutamento até a intervenção. A análise dos dados quantitativos identificou uma correlação positiva entre os aspectos positivos medidos na escala de autocompaixão e o bem-estar psicológico, e os aspectos negativos da escala se correlacionaram negativamente com o estresse parental; e apontou que não houve mudanças com significância estatística nos indicadores de autocompaixão e estresse parental entre pré e pós intervenção. Todavia, foram observadas alterações no escore geral de bem-estar psicológico, bem como nos domínios de propósito de vida e relações positivas com os outros no instrumento que avaliou esse constructo. A análise dos dados qualitativos apontou que os participantes identificaram mudanças positivas no relacionamento consigo mesmos e com seus filhos, bem como o aumento da conexão com o momento presente, da bondade para consigo mesmo, satisfação com a vida e diminuição do estresse, comparação e vergonha após a intervenção. Os achados desta pesquisa estão alinhados com a literatura internacional que vem discutindo que intervenções em autocompaixão contribuem para o aumento do bem-estar psicológico, melhoria na qualidade de vida, maior satisfação e diminuição de sofrimento psicológico em pais de crianças autistas. A pesquisa trouxe novos achados para a literatura, em especial no que se refere à correlação da escala autocompaixão com estresse parental e na relação dos indicadores da autocompaixão com bem-estar psicológico. Por fim, novos estudos poderão avaliar se intervenções em autocompaixão com maior duração para pais de crianças autistas contribuem para mudanças mais significativas nos indicadores de autocompaixão e estresse parental, bem como ampliar a discussão sobre correlações entre os domínios da autocompaixão e os indicadores de bem-estar psicológico e estresse parental.

Palavras-chave: autocompaixão, TEA, cuidadores, estresse parental, *mindfulness*, bem-estar psicológico, intervenção psicossocial.

Couto, L. P. (March 2023). Stress evaluation, psychological well-being and an intervention proposal on the self-compassion of the Autistic Spectrum Disorder children's caretakers. Masters Dissertation. Post-Graduation Program in Psychology. Universidade Federal do Espírito Santo (178 p.).

Summary

Fathers and mothers of Autistic Spectrum Disorder (ASD) people show higher levels of stress and emotional overload, as well as a lower-than-average self-compassion and psychological well-being repertoire, if compared with caregivers of typically developing children, according to research in the field. Self-compassion includes the presence of self-kindness and niceness to oneself, towards their own self-suffering and difficulties, as well as a posture of courage and motivation to assuage them. Psychological well-being encompasses the abilities to deal with emotions, thoughts, and difficulties in order to organize the environ in which the individual lives and to build a significant life. Studies show that self-compassion contributes to the reduction of stress, anxiety, depression, and concern, supporting the increase in psychological well-being, satisfaction with life and quality of life. The present research had the objective of evaluate the stress and psychological well-being indicators and to propose an intervention in self-compassion amongst mothers and fathers of ASD children, verifying if the intervention modified those indicators. The training was composed by five sessions where themes about parenting, parental stress and self-compassion were discussed. 77 people had taken part in the research in the pre-test period and 10 caretakers made into the ending of the intervention (post-test). The following instruments were used before the intervention: 1) Sample Characterization Questionnaire; 2) Self-Compassion Scale (SCS); 3) Parental Stress Scale (PSS); 4) Psychological Well-Being Scale (PWBS). In the post-treatment, the participants answered one more time the SCS, the PSS and the PWBS and an Intervention

Evaluation Questionnaire. The research was made in the *online* genre, due to the Covid-19 pandemic since the recruitment to the intervention. The quantitative data analysis identified a positive correlation between the positive aspects measured in the self-compassion scale and the psychological well-being, and the negative aspects of the scale correlates themselves negatively with the parental stress; and pointed that there were not changes with statistical meaningfulness in the self-compassion and parental stress indicators between pre and post intervention. However, alterations in the general score of psychological well-being were observed, as on the purposes of life domains and positive relations with others in the instrument that evaluated that construct. The qualitative data analysis indicated that the participants identified positive changes in the relationship with themselves and with their children, as well as an increase in the connection with the present moment, in the self-kindness, satisfaction with life and a reduction of stress, comparison and shame after the intervention. The findings of this research are aligned with the international literature that discuss that interventions in self-compassion contribute to the increase in psychological well-being, betterment in quality of life, greater satisfaction, and reduction of the psychological suffering in autistic children's parents. The research brought new findings for literature, in special in which refers to the correlation in the self-compassion scale with parental stress and on the relation between the self-compassion indicators with psychological well-being. Lastly, new studies will be able to evaluate if interventions in self-compassion with longer duration for parents of autistic children contribute for more significant changes in the self-compassion and parental stress indicators, as well as amplify the discussion about correlations between the self-compassion domains and the psychological well-being and parental stress indicators.

Keywords: self-compassion, ASD, caretakers, parental stress, mindfulness, psychological well-being, psychosocial intervention.

Lista de Figuras

Figura 1:	Gráfico de diferença escore total EEPa grupo faz psicoterapia x não faz	70
Figura 2:	Gráfico de diferença satisfação parental (EEPa) grupo faz psicoterapia x não faz	71
Figura 3:	Gráfico de diferença estressores parentais (EEPa) grupo faz psicoterapia x não faz	71
Figura 4:	Gráfico de diferença escore total (SCS) grupo faz psicoterapia x não faz	72
Figura 5:	Gráfico de diferença <i>mindfulness</i> (SCS) grupo faz psicoterapia x não faz	72
Figura 6:	Pré e Pós intervenção na dimensão de Estresse Parental EEPa	84
Figura 7:	Pré e Pós intervenção na dimensão de Satisfação Parental na EEPa	84
Figura 8:	Pré e Pós intervenção no Escore Total da EEPa	85
Figura 9:	Pré e Pós intervenção dimensão relações positivas com outros do instrumento	88
Figura 10:	Pré e Pós intervenção domínio autonomia do instrumento	88
Figura 11:	Pré e Pós intervenção domínio sobre o ambiente	89
Figura 12:	Pré e Pós intervenção no domínio crescimento pessoal	90
Figura 13:	Pré e Pós intervenção no domínio propósito na vida	90
Figura 14:	Pré e Pós intervenção no domínio autoaceitação	91
Figura 15:	Pré e Pós intervenção escore geral de bem-estar psicológico	92
Figura 16:	Pré e Pós intervenção no domínio de autobondade	95
Figura 17:	Pré e Pós intervenção no domínio de humanidade compartilhada	95
Figura 18:	Pré e Pós intervenção no domínio de <i>mindfulness</i>	96
Figura 19:	Pré e Pós intervenção no domínio de autocrítica severa	97
Figura 20:	Pré e Pós intervenção no domínio de isolamento	97
Figura 21:	Pré e Pós intervenção no domínio de superidentificação	98

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Fisiologia da autocompaixão e da autocrítica	42
Tabela 2:	Aspectos da amostra que compôs o pré-teste	68
Tabela 3:	Teste de comparação entre não fazer terapia e fazer terapia	69
Tabela 4:	Teste de comparação entre não trabalhar e trabalhar fora	73
Tabela 5:	Preditores de bem-estar geral	74
Tabela 6:	Preditores experiências positivas da parentalidade	75
Tabela 7:	Preditores de estresse parental	76
Tabela 8:	Descrição das turmas do treinamento e participantes	78
Tabela 9:	Aspectos sociodemográficos da amostra que finalizou a intervenção	83
Tabela 10:	Aspectos descritivos da Escala de Estresse Parental (EePa)	86
Tabela 11:	Teste de Friedman (anava de medidas repetidas) dos indicadores da EePa	87
Tabela 12:	Aspectos descritivos da Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)	93
Tabela 13:	Teste de Friedman (anava de medidas repetidas) dos indicadores da EBEP	94
Tabela 14:	Aspectos descritivos da autocompaixão com base na Escala de Autocompaixão (SCS - <i>Self-Compassion Scale</i>)	99
Tabela 15:	Teste de Friedman (anava de medidas repetidas) da SCS	100
Tabela 16:	Dados objetivos do Questionário de Avaliação da Intervenção	101
Tabela 17:	Categorias temáticas	102

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABA	<i>Applied Behavior Analysis</i> (Análise do Comportamento Aplicada)
ABPMC	Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental
AC	Análise do Comportamento
ACT	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (Terapia de Aceitação e Compromisso)
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (Centro de Controle de Doenças e Prevenção)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFT	<i>Compassion Focused Therapy</i> (Terapia Focada na Compaixão)
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DBT	<i>Dialectical Behavior Therapy</i> (Terapia Comportamental Dialética)
DI	Deficiência Intelectual
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição - Texto Revisado
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição
EBEP	Escala de Bem-estar Psicológico
EEPa	Escala de Estresse Parental
F	Frequência

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LKM	<i>Lovingkindness Meditation</i>
M	Média
MBSR	<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> (Redução de Estresse Baseado em <i>Mindfulness</i>)
MFY	<i>Making friends with yourself</i> (Fazendo amizade com você mesmo)
MSC	<i>Mindful Self-Compassion</i> (Autocompaixão Consciente ou Mente Autocompassiva)
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCS	<i>Self-Compassion Scale</i> (Escala de Autocompaixão)
SCS-SF	<i>Self-Compassion Scale – Short Form</i>
TCC	Terapias cognitivo-Comportamentais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TP	Treino de Pais ou Treinamento Parental
USA	<i>United States of America</i>
UVV-ES	Universidade de Vila Velha – Espírito Santo

Sumário

Apresentação	21
1. Introdução	23
1.1. Transtorno do Espectro Autista: breve histórico e caracterização	23
1.2. Estresse parental e bem-estar psicológico em cuidadores de pessoas com TEA.....	27
1.3. Treinamento de pais para cuidadores de pessoas com TEA: breve histórico e objetivos	32
1.4. Autocompaixão: definição e suas contribuições	37
1.5. Programas para ensino de autocompaixão: conceitos e definições	50
2. Objetivos	58
2.1. Objetivo geral	58
2.2. Objetivos específicos	58
3. Método	58
3.1. Participantes	60
3.2. Instrumentos.....	60
3.3. Procedimento	62
3.4. Análise de dados	65
4. Resultados.....	67
4.1. Indicadores de estresse, bem-estar e autocompaixão em pais de crianças com TEA	67
4.2. Proposta de intervenção: participantes e análise das sessões	76
4.3. Comparação de indicadores de estresse, bem-estar e autocompaixão antes e após a intervenção	82
4.3.1. Estresse parental	83

4.3.2 Bem-estar psicológico	87
4.3.3. Autocompaixão	95
4.4. Avaliação da intervenção: Dados do instrumento de avaliação pós- intervenção	101
5. Discussão	108
6. Considerações Finais	120
Referências	122
Apêndices	140
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	140
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Assinado pelo Pesquisador e pela Orientadora (Disponibilizado para os Participantes)	143
Apêndice C – Questionário de Caracterização da Amostra	147
Apêndice D – Questionário de Avaliação da Intervenção	149
Apêndice E - Flyer de divulgação das turmas 1 e 2	151
Apêndice F - Flyer de divulgação das turmas 3 e 4	152
Apêndice G – Flyer de divulgação das turmas 5 e 6	153
Apêndice H - E-mail enviado para as pessoas selecionadas - Turma 1 (Matutino)	154
Apêndice I - E-mail enviado para as pessoas selecionadas - Turma 2 (Vespertino)	156
Apêndice J - E-mail enviado para as pessoas selecionadas - Turma 3 (Matutino).	158
Apêndice K - E-mail enviado para as pessoas selecionadas - Turma 4 (Vespertino)	160
Apêndice L - E-mail enviado para as pessoas selecionadas - Turma 5 (Matutino).	162
Apêndice M - E-mail enviado para as pessoas selecionadas - Turma 6 (Vespertino)	164

Apêndice N - Estrutura do Treinamento	166
Apêndice O - Lista de práticas (formais e informais) e exercícios realizados nos encontros	169
Apêndice P - E-mail enviado para as pessoas que não passaram nos critérios de inclusão (para todas as turmas)	172
Apêndice Q - Roteiro da Intervenção e Organização das Sessões do Treinamento	173
Anexos	174
Anexo A - Escala de Estresse Parental (EEPa)	174
Anexo B - Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)	175
Anexo C - Escala de Autocompaixão (SCS)	177

Apresentação

Minha família sempre me motivou, e continuam até hoje a me motivar, a estudar, a ser uma pessoa melhor, a ser um ser humano conectado com os demais, ético e responsável. Cresci em um ambiente socioeconômico de classe média baixa e o estudo foi meu instrumento para continuar a caminhar e seguir com a jornada da vida.

Em agosto de 2013 dei início à minha graduação em Psicologia (Linhares-ES), e à caminhada por um percurso que mudaria e mudou completamente minha vida e minha forma de enxergar o mundo. Durante a graduação, gostava de estudar tópicos e temáticas relativas ao desenvolvimento humano, em especial a infância, assim como, princípios, processos e procedimentos da Ciência da Análise do Comportamento (AC) e das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC).

No ano de 2017, tive a oportunidade de ingressar como um dos primeiros estagiários (aplicador de Terapia ABA) na Casulo Comportamento e Saúde (Linhares-ES), clínica de Psicologia especializada no tratamento de crianças e adolescentes com TEA. Na Casulo trabalhei no atendimento de crianças e adolescentes, bem como prestando orientação a cuidadores e educadores das crianças e famílias da clínica. Em agosto de 2018 conclui minha graduação, e em outubro dei início aos atendimentos psicoterápicos tendo como público-alvo crianças, adolescentes e(ou) adultos com base na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT – *Acceptance and Commitment Therapy*).

Desde a graduação me interessei pelas terapias oriundas da Ciência Comportamental Contextual, em especial a ACT e a Terapia Comportamental Dialética (DBT – *Dialectical Behavior Therapy*) e em 2019 tive contato com o livro “Autocompaixão” da Kristin Neff (2017). Confesso que o encontro foi transformador, pois tenho um padrão comportamental de autocrítica, autojulgamento e autoexigência severos e entrar em contato com o conteúdo

desse livro e colocá-lo em prática foi algo libertador e que, sem sombra de dúvidas, me salvou.

Em março do ano de 2020, no período em que houve uma ascensão dos casos de Covid-19 eu e a Dra. Mylena Pinto Lima (diretora clínica da Casulo) ofertamos um treinamento *online* para as mães e pais da Casulo, sobre prática parental baseada em ACT. De março de 2020 até dezembro de 2020 (período em que fiquei na Casulo) pude acompanhar famílias e perceber como o estresse, autocobrança, sintomas depressivos e ansiosos impactavam na vivência da autocompaixão, o que por sua vez, dificultava com que as famílias implementassem estratégias de ensino de habilidades e manejo de comportamento de forma efetiva, bem como, fragilizava o estabelecimento de vínculos afetivos e parentais acolhedores, reforçadores e transformadores.

Ao buscar literatura nacional sobre a temática de autocompaixão com cuidadores de TEA, não obtive sucesso. No entanto, ao voltar o olhar para literatura internacional foi possível encontrar algumas produções, ainda que em número reduzido, visto que a produção científica sobre esse tema teve início em 2014. Assim, dado os encontros, vivências e atravessamentos sentidos por meio da minha atuação profissional e a restrita literatura brasileira sobre autocompaixão, em janeiro de 2021 realizei minha inscrição para o processo seletivo do Mestrado apresentando o projeto de pesquisa com a temática de autocompaixão aplicada a pais de pessoas com TEA.

Nesse contexto, espero contribuir, por meio da minha pesquisa, com a produção sobre autocompaixão em mães e pais de pessoas com TEA no cenário brasileiro, bem como, criar contingências para o fomento e ampliação da discussão e produção sobre tal temática.

1. Introdução

1.1. Transtorno do Espectro Autista: breve histórico e caracterização

Desde meados do século XX, comportamentos caracterizados como sintomas autísticos (ex.: baixa responsividade social, déficit em comunicação social, olhar para o vazio, prejuízos na comunicação com outras pessoas, dentre outros comportamentos) já vinham sendo descritos; todavia, à época acreditava-se que a variável que desencadeava os comportamentos autísticos (segundo nomenclatura da época) tratava-se da não responsividade afetiva dos genitores da crianças, em especial da mãe, e a essa hipótese deu-se o nome de “teoria da mãe geladeira” (Costa & Antunes, 2018; Paula et al., 2017).

Os primeiros estudos, relatos de experiência e pesquisa sobre crianças autistas foram publicados pelos psiquiatras austríacos Leo Kanner em 1943 e Hans Asperger em 1944. A pesquisa de Kanner (1943 apud Costa & Antunes, 2018) envolveu a descrição de 11 crianças que exibiam comportamentos similares entre si, e tal constatação, para Kanner, fornecia evidências suficientes para a proposição de uma nova síndrome. Kanner defendia que apesar da classificação destes sintomas como autísticos serem algo recente para época, tal síndrome poderia ser mais comum do que se esperava ou imaginava (Costa & Antunes, 2018). Ainda de acordo com este psiquiatra, uma possível variável que dificultava a identificação dos sintomas autísticos era que as crianças, naquele período, recebiam o diagnóstico de deficiência intelectual ou esquizofrenia infantil (Assumpção Júnior & Kuczynki, 2018; Costa & Antunes, 2018; Paula et al., 2017).

Já o estudo de Hans Asperger, independente do trabalho de Kanner, descreveu os comportamentos apresentados por quatro crianças. Segundo Asperger (1944 apud Costa & Antunes, 2018) a amostra exibia dificuldades e prejuízos consideráveis nas habilidades de interação social, todavia mantinham preservadas suas habilidades intelectuais, em especial, as

competências sintáticas e de vocabulário (Assumpção Júnior & Kuczyński, 2018; Costa & Antunes, 2018; Paula et al., 2017).

A teoria da “mãe geladeira” manteve sua força até a década de 60. No final da década de 70 um marco científico e temporal ocorreu por meio da publicação do artigo do psicólogo britânico Michael Rutter, que descreveu e fez a proposição de “critérios diagnósticos que incluíam déficits sociais e de comunicação não associados a uma deficiência intelectual, comportamentos estereotipados (repetitivos) e um início precoce (antes dos 30 meses de idade)” (Rutter, 1978 apud Costa & Antunes, 2018, p. 27). A partir do ano de 1980, os comportamentos que eram descritos como sintomas autísticos passaram a integrar o diagnóstico de transtorno ou desordem invasiva do desenvolvimento na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM (Costa & Antunes, 2018; Paula et al., 2017).

A terminologia “Transtorno do Espectro Autista¹” ou “Transtorno do Espectro do Autismo” (TEA) é recente, e seu uso teve início a partir de 2013 com a publicação da 5ª edição do DSM (APA, 2014). Contudo, até sua 4ª edição, o DSM (DSM-IV-TR, APA, 2002) propunha diferentes classificações nosológicas identificadas como desordens autísticas ou Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, por exemplo Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância, Síndrome de Rett e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra especificação (APA, 2002; OMS 1993).

Atualmente, o TEA é concebido como um transtorno do neurodesenvolvimento², isto é, a criança já nasce com o Autismo e seus sinais podem ser percebidos desde os primeiros meses de vida (Assumpção Júnior & Kuczyński, 2018; Pinto et al., 2016). O autismo é

¹ Neste trabalho, os termos “autismo”, “pessoa autista” e TEA serão usados de forma intercambiável.

² De acordo com a Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), o TEA também é reconhecido como uma deficiência. Um dos aspectos que contribuiu para tal classificação é a premissa de que pessoas autistas tenham seus direitos e deveres preservados, bem como, sejam incluídos nos mais variados contextos comunitários e sociais.

considerado como um transtorno de origem biológica e neuroquímica, todavia até o presente momento não se sabe qual gene ou componente químico pode ser estimado como o desencadeador do TEA (Assumpção Júnior & Kuczyński, 2018; Pinto et al., 2016). O TEA atinge cerca de uma a cada 44 crianças, segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC – Centro de Controle de Doenças e Prevenção) do governo dos Estados Unidos (Maenner et al., 2021). Ao ser realizada uma transposição dos dados do CDC para a população brasileira, segundo Francisco Paiva Junior, pode-se levantar a hipótese de que atualmente teríamos cerca de 4,84 milhões de pessoas diagnosticadas com TEA no Brasil (Revista Autismo, na imprensa). No entanto, apesar dessa hipótese inicial, ainda não temos uma prevalência exata dos casos de TEA no Brasil, visto que, até o presente momento não existem estimativas de prevalência com base no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, Revista Autismo, 2021, na imprensa).

O TEA é caracterizado por uma tríade diagnóstica que sinaliza uma série de prejuízos e(ou) excessos comportamentais que podem acarretar prejuízos significativos na inserção e participação da criança, bem como, de sua família, nos contextos ao qual frequentam (APA, 2014). Assim, os critérios estabelecidos pelo DSM-V (APA, 2014) incluem: (a) déficits ou ausência de comunicação funcional vocal e não vocal e comunicação social e simbólica, bem como, prejuízos na interação social com pares de mesma idade ou idades diferentes; e (b) presença de comportamentos motores e(ou) vocais repetitivos e estereotipados, assim como, respostas de interesse restritivo e obsessivo (Assumpção Júnior & Kuczyński, 2018).

Decorrente dos déficits e excessos comportamentais apresentados pela pessoa com TEA, e que afetam seu bem-estar e qualidade de vida, é de suma importância que a mesma participe do tratamento. A intervenção terá como objetivo diminuir os déficits comportamentais, possibilitando que a criança aprenda comportamentos socialmente relevantes que facilitem sua participação ativa nas atividades presentes em seu ambiente

familiar, escolar e comunitário (Varella, 2018). Nesse contexto torna-se importante viabilizar tratamento adequado a indivíduos com TEA, a fim de minimizar os prejuízos decorrentes do transtorno.

Desde o ano de 1999, o governo dos Estados Unidos por meio da publicação do documento “*Mental Health: A Report of the Surgeon General*” realizada pelo *National Institute of Mental Health* reconhece as intervenções comportamentais baseadas em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) ou terapia ABA em caráter precoce e intensivo, como tratamento “padrão-ouro” para pessoas autistas (*Department of Health and Human Services*, 1999). A terapia ABA tem como premissa ensinar repertórios comportamentais socialmente relevantes para a criança, bem como, diminuir comportamentos problemas e(ou) socialmente inapropriados, por meio de intervenção planejada, estruturada, precoce (dos 0 até os 5 anos de idade), de preferência, e intensiva (de 25 a 40 horas semanais) incluindo sessões em ambiente terapêutico, suporte escolar e, em especial, treinamento de pais (TP) (Duenãs et al., 2018; Gomes & Silveira, 2016).

O TP é um elemento central em terapia ABA, pois por meio desse processo é possível modelar a prática parental dos responsáveis, a fim de que estes implementem intervenções no contexto familiar e natural da criança (Andrade et al., 2016), ampliando seus ganhos terapêuticos. Existe uma ampla literatura que descreve sobre o ensino e a implementação de estratégias parentais, apontando, ainda, quais são os instrumentos, recursos e estratégias baseadas em evidência que melhor se aplicam à realidade da família e, em especial, ao quadro da criança (Andrade et al., 2016; Guimarães et al. 2018; Sanders & Glynn, 1981). Nesse sentido, faz-se necessário compreender o impacto do diagnóstico do TEA nos cuidadores.

1.2. Estresse parental e bem-estar psicológico em cuidadores de pessoas com TEA

O diagnóstico de TEA possui um impacto tanto para a criança como para a família, fazendo com que os mesmos experienciem uma série de desafios, em especial no que se refere às áreas sociais, econômicas e emocionais (Hickey et al., 2019). O diagnóstico de uma deficiência ou transtorno do neurodesenvolvimento, bem como, os processos relacionados a busca de tratamento, intervenção e inclusão para a pessoa com deficiência evoca nos pais um aglomerado de situações aversivas como por exemplo: diminuição do contato social, diminuição e(ou) perda de alguns componentes da rede de apoio social, desafios relacionados à parentalidade e associados a inclusão efetiva de seu filho nas atividades sociais-comunitárias, dentre outras questões (Bohadana et al., 2019; Bradshaw et al., 2018; Hickey et al., 2019; Krakovich et al., 2016).

O diagnóstico de TEA é uma conjuntura vitalícia tanto para a pessoa que recebe esse diagnóstico como para seus familiares. Ser pai ou mãe de uma pessoa com TEA pode impactar consideravelmente a qualidade de vida, gerando sensações de esgotamento parental e sentimentos de isolamento (Cachia et al., 2015). Krakovich et al. (2016) descrevem que mães e pais de crianças e adolescentes com problemas comportamentais e desenvolvimentais graves que exibem níveis altos de estresse parental, podem ter prejuízos nas habilidades de regulação emocional, bem como, nos processos de reprodução celular relacionados à longevidade, sugerindo, assim, que a expectativa de vida desses cuidadores pode ser comprometida a partir do diagnóstico.

Um estudo desenvolvido por Hickey et al. (2019) contou com a participação de 40 pais e mães de crianças diagnosticadas com TEA e que possuíam entre 24 meses e 10 anos de idade. As autoras buscaram avaliar indicadores de estresse, depressão e ansiedade nos participantes utilizando um questionário desenvolvido pelas mesmas, bem como a *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS) de 42 itens. Os resultados apontaram que

familiares de pessoas com TEA apresentam indicadores maiores do que pais de crianças típicas em estresse, ansiedade e depressão. Além disso, os dados da pesquisa apontaram que mães das crianças exibem marcadores maiores de depressão, ansiedade e estresse se comparadas aos pais das crianças com TEA.

Os achados do trabalho de Hickey et al. (2019) apontam que as principais variáveis que podem estar correlacionadas a tais alterações incluem: dificuldades financeiras que os pais vivenciam ao ter uma criança diagnosticada com TEA; falta de instalações que possibilitem a inclusão social tanto da criança como da família; falta de profissionais capacitados; pressão familiar para dividir a atenção e os cuidados parentais aos demais membros do grupo familiar; e a falta de conscientização e a dificuldade em aceitação do transtorno por parte da sociedade.

No que se refere ao cenário brasileiro, um estudo realizado por Amaral (2013) com grupo de 30 mães de crianças autistas identificou que 70% da amostra exibia indicadores consideráveis de estresse e que 80% apresentavam sobrecarga emocional. Adicionalmente, uma pesquisa conduzida por Faro et al. (2019) com uma amostra de 21 mães de crianças com TEA identificou que 76% (n=16) demonstravam estresse em nível de resistência e 24% (n=5) exaustão. Ainda, 76% (n=16) dessa amostra apresentava, também, predomínio em sintomas psicológicos do estresse, em comparação com os sintomas físicos.

Pesquisas têm apontado que os principais agentes estressores para mães e pais de crianças com autismo referem-se a: sobrecarga de atividades, comportamentos socialmente problemáticos apresentados pela criança, dificuldades para inclusão, estigma social, autocobrança, bem como, internalização de estigmas (Bohadana et al., 2019; Carvalho-Filha et al., 2018; Papadapoulos et al.; 2018; Wong et al., 2016). Tais achados vão de encontro ao que é esperado pela comunidade em geral com relação a principal variável responsável pelo estresse dos cuidadores de pessoas com TEA, isto é, que o nível de comprometimento e(ou)

funcionamento da criança autista é o que gera altos indicadores de estresse para as mães e pais (Davis & Carter, 2008; Bohadana et al., 2019).

O estresse parental pode afetar consideravelmente a noção e os processos de bem-estar psicológico dos cuidadores (Cachia et al., 2015), bem como reduzir a efetividade das intervenções a serem realizadas com a pessoa com TEA (Osborne et al., 2008). O estresse parental contínuo, devido às experiências da parentalidade, bem como a falta de recursos dos pais para lidarem com os desafios da parentalidade podem levar ao *burnout* parental (Gerbert et al., 2021; Paucsik et al., 2021). O processo de *burnout* parental foi operacionalizado por Roskam e colaboradores (2017) e até o ano de 2017 o termo *burnout* foi muito discutido relacionado a profissionais de saúde (e.g.: enfermeiros e médicos) ou demais atuações profissionais que, também, envolvem o cuidado (por exemplo: professores/as e profissionais da educação) (Gerbert et al., 2021).

De acordo com Roskam et al. (2017) o *burnout* parental possui três características: 1) os pais se sentem exauridos devido ao cuidado continuado e, que muitas vezes pode ser, estressante ao filho; 2) declínio dos sentimentos de satisfação e competência dos pais no cuidado e relação com suas crianças; e 3) distanciamento emocional e mental dos pais em relação ao filho e evitação de interação com esse. O *burnout* parental, portanto, reduz o bem-estar dos pais, bem como o seu desempenho e a capacidade de respostas às necessidades de suas crianças.

Na perspectiva da autocompaixão, a fadiga do cuidador pode ocorrer devido ao processo de ressonância empática (isto é, conectar-se com o sofrimento do outro e se colocar no seu lugar) elevado e a falta de recursos para lidar com o sofrimento da(s) pessoa(s) a quem ele está direcionando cuidado, bem como com o seu próprio sofrimento que resulta do ato de cuidar. Além disso, a pessoa que cuida pode se sentir responsável pelo sofrimento do outro e isso, conseqüentemente, aumentar sua fadiga (Neff & Germer, 2019).

Conforme discutido anteriormente, indicadores elevados de estresse afetam consideravelmente o bem-estar psicológico e a qualidade de vida de modo geral em mães e pais de pessoas autistas. Todavia, a autocompaixão tem se mostrado como um fator moderador e até mesmo protetivo para a sobrecarga por estresse, bem como uma habilidade aliada para o aumento de bem-estar psicológico e qualidade de vida (Bohadana et al., 2019; Neff, 2004; Neff & Faso, 2014).

O conceito de bem-estar psicológico tem sido estudado e discutido desde a década de 1980, a partir do estudo de Ryff (1989), que estruturou e validou um primeiro modelo de instrumento para avaliação do repertório de bem-estar psicológico (Machado & Bandeira, 2012). Esse conceito, segundo Santana & Gondim (2016), está para além da experiência de felicidade e satisfação geral com a vida, aspectos estes relacionados com a presença maior de afetos positivos em detrimento de afetos negativos. O bem-estar psicológico inclui competências da pessoa em lidar com suas emoções, pensamentos e dificuldades, bem como, construir em seu ambiente uma vida que seja significativa e que lhe garanta autonomia (Machado & Bandeira, 2012; Santana & Gondim, 2016).

O bem-estar psicológico segundo Ryff (1989 apud Machado & Bandeira, 2012) é composto por seis dimensões, que de forma integrada contribuem para saúde mental, para o bem-estar, bem como, para satisfação com a vida. As dimensões propostas por Ryff (1989) incluem: I) Autoaceitação, que inclui a pessoa apresentar atitudes positivas em relação a si mesma, buscar o autoconhecimento e praticar aceitação com os múltiplos aspectos do seu ser; II) Relações positivas com os outros, que consiste em desenvolver e possuir relacionamentos genuínos, de confiança, que prezem pelo respeito e autorrespeito, seguros, íntimos e satisfatórios; III) Autonomia, se refere à independência pessoal e à competência da pessoa em analisar suas próprias experiências, autoavaliar-se e resolver problemas; IV) Domínio sobre o ambiente, abrange as habilidades da pessoa em manejar o ambiente a fim de satisfazer suas

necessidade e valores pessoais, envolvendo, também, capacidades de escolhas e de lidar com ambientes complexos; V) Propósito de vida, inclui os valores da pessoa, seus objetivos e metas, assim como seu senso de direção em buscar e vivenciar experiências significativas em sua vida; e VI) Crescimento pessoal, que abrange a competência da pessoa estar aberta a novas experiências, aprender com aquelas que estão sob seu controle, bem como com as que não estão, estando disposta a entrar em contato e superar as diferentes dificuldades que surgiram ao longo da vida; e inclui, também, a pessoa perceber que seu desenvolvimento pessoal é contínuo (Machado & Bandeira, 2012; Santana & Gondim, 2016; Siqueira & Padovam, 2008).

Assim, o bem-estar psicológico de cuidadores de TEA pode estar comprometido, pois com frequência tais cuidadores exibem dificuldades para lidar e aceitar o diagnóstico de seus filhos, bem como, que esses precisam de tratamento para terem um melhor desenvolvimento (Alves, 2012; Morais et al., 2019; Souza et al., 2020). Junto a isso, muitas famílias de pessoas com TEA não possuem uma rede de apoio que as auxilie a lidar com os fatores de estresse ou as acolha em situações de vulnerabilidades sociais, financeiras e emocionais (Carvalho-Filha et al., 2018; Davis & Carter, 2008). Além disso, com frequência tais famílias sofrem pelo estigma social, com o preconceito da comunidade e, muitas vezes, são marginalizadas e isoladas e ficam sem vínculos e atividades sociais (Papadopoulos et al.; 2018; Wong et al., 2016). Por fim, pais e mães de crianças e adolescentes com TEA podem apresentar baixa perspectiva com relação ao seu próprio futuro, bem como em relação ao desenvolvimento de seus filhos (Bohadana et al., 2019).

Considerando tais impactos na vida dos cuidadores de TEA, faz-se necessário oferecer propostas de intervenção a esse público que minimizem os efeitos negativos em suas vidas e contribuam para aumento do seu bem-estar psicológico. Tais intervenções, além de

beneficiar os cuidadores, também podem ter efeitos positivos na vida das próprias crianças e adolescentes com TEA.

1.3. Treinamento de pais para cuidadores de pessoas com TEA: breve histórico e objetivos

Historicamente, o TP tem tido como objetivo ensinar os pais e(ou) cuidadores a implementar estratégias de ensino de habilidades básicas (ex.: vida diária, vida em comunidade, autocuidado, habilidades sociais, comunicação funcional, dentre outros). Outro objetivo do TP é que os cuidadores aprendam a aplicar estratégias de manejo comportamental, visto que frequentemente pessoas com autismo apresentam uma série de comportamentos que diferem em forma, intensidade e gravidade, podendo, ainda, acarretar riscos para a sua segurança e integridade, bem como de seus pares e responsáveis (Iadarola et al., 2017; Sanders & Glynn, 1981).

A emissão desses comportamentos por parte da criança, adolescente ou adulto, pode desencadear níveis consideráveis de estresse e tensão emocional nos pais, assim como, criar contingências para o desenvolvimento de quadros mais severos de humor como depressão, ansiedade, pânico, entre os cuidadores (Amaral, 2013; Faro et al., 2019; Hayes & Watson, 2013; Kalb et al., 2021). Nesse sentido, pesquisas têm demonstrado resultados favoráveis no que se refere a contribuição do TP para a diminuição do estresse de pais de crianças autistas (Caixeta, 2019; Iadarola et al., 2017).

O TP para cuidadores de crianças com TEA tem sido alvo de investigação desde o final da década de 80 e início da de 90 (Andrade, et al., 2016; Lopes et al., 2021). A partir desse período, vários pesquisadores buscaram identificar e estudar quais elementos e estratégias poderiam e deveriam compor uma estrutura de TP que possibilitasse resultados efetivos, estivessem relacionados com as premissas da ABA e pudessem ensinar os pais a

utilizar os procedimentos e estratégias ABA (Barros et al., 2018; Bradshaw et al., 2018; Scahill et al., 2016).

Um dos procedimentos mais utilizados no TP baseado em ABA é a videomodelação, nele terapeutas experientes e com o conhecimento sobre o caso da criança com TEA gravam vídeos nos quais explicam, descrevem, apresentam e demonstram de que forma e em que situações os princípios básicos, assim como, as estratégias de ensino em ABA, podem ser implementadas. Associado à videomodelação, são também fornecidos *feedbacks* diretos sobre a aplicação dos procedimentos por parte dos cuidadores e, em alguns modelos, uma explicação teórico-conceitual e prática é disponibilizada por escrito (Andrade e al., 2016; Barros et al., 2018; Bradshaw et al., 2018; Lopes et al., 2021; Scahill et al., 2016).

Atualmente existem vários modelos de TP, tanto para pais e mães de pessoas sem o diagnóstico de autismo (neurotípicas), como para pais e mães de pessoas com TEA (neurodiversas). Os principais modelos que tem sido utilizado tanto no cenário internacional como no nacional são: o protocolo Rubi (Bearss et al., 2018), o programa Triple P (Sanders, 1999; 2008; Sanders et al., 2011) e o Treino de 7 passos para cooperação (Schramm & Miller, 2014). O protocolo Rubi para treinamento de pais de pessoas com autismo em manejo de comportamentos disruptivos (acessos de raiva, choro, gritar, se jogar no chão), denominado *Parent Training for Disruptive Behavior: The Rubi Autism Network*, foi desenvolvido com a premissa de ensinar princípios e procedimentos baseados em ABA, objetivando organizar rotinas visuais, rotinas de atividades de vida diária, manejar comportamentos disruptivos, ansiosos e agressivos (Bearss et al., 2015; Bearss et al., 2017; Bearss et al., 2018; Edwards et al., 2019).

O treinamento é composto por 10 sessões com temáticas principais e 1 sessão extra/complementar. No decorrer das sessões os participantes são ensinados sobre os princípios básicos em análise do comportamento (sessão 1); estratégias antecedentes para

prevenção de comportamentos problemas e estabelecimento da cooperação (sessão 2); organização de rotinas visuais e diárias (sessão 3); explicação sobre o princípios do reforçamento, bem como estratégias para aplicação desse (sessões 4 e 5); aplicação da estratégia de ignorar planejadamente o comportamentos problema, como estratégia de manejo (sessão 6); treino de cooperação (sessão 7); ensino sobre estratégias de treino de comunicação funcional (sessão 7); modelação no repertório dos pais em ensinar habilidades básicas e de vida diária para suas crianças ou adolescentes (sessões 8 e 9); e os participantes são ensinados a como estruturar o ambiente familiar de forma a garantir a generalização e manutenção das habilidades aprendidas pela criança (sessão 10). Na sessão complementar, os participantes podem receber suporte do treinador, via consultoria telefônica, com a premissa de avaliar a consistência das intervenções, bem como, se os pais continuaram a aplicar os conteúdos aprendidos após o término do treinamento (Bearss et al., 2017; Bearss et al., 2018).

O programa de treinamento em prática parental positiva Triple P (*Group Triple P – Positive Parenting Programa*) tem como premissa ensinar habilidades parentais que possibilitem o fortalecimento do vínculo famílias (pais-filho e filho-pais), bem como, capacitar os pais em manejo de comportamento e em habilidades de regulação emocional (Hodgetts et al., 2013). O programa Triple P é considerado como um treinamento multinível e que é adaptado à necessidade de cada família. O Triple P possui 5 planos, sendo que cada nível desse contém um número específico de sessões e tem como alvo um membro do grupo familiar. No nível 1 são utilizados meios de comunicação (redes sociais) para informar aos pais sobre o treinamento. No nível 2 os pais são orientados brevemente sobre crianças ou adolescentes que apresentam dificuldades de comportamento leves ou problemas de desenvolvimento (Sanders, 1999; 2008; Sanders et al., 2011).

O nível 3 contempla um treinamento mais ativo para os pais, com a proposta de ensinar habilidades de manejo de comportamentos, ensino de habilidades e prática parental

positiva. Já no nível 4 é realizado um treinamento intensivo com os pais na modalidade individual, em grupo ou autodirigido para os pais de crianças e adolescentes com comportamentos desafiadores mais graves. Por fim, no nível 5 é realizado um treinamento focado em intervenção comportamental aperfeiçoado para famílias em que os comportamentos desafiadores apresentados pela criança ou adolescente persistem ou em casos em que as dificuldades dos pais são agravadas por outras variáveis e que contribuem para o sofrimento familiar (por exemplo: indicadores de estresse elevado, depressão, ansiedade, conflitos na vida conjugal, etc.) (Sanders, 1999; 2008; Sanders et al., 2011).

O programa Triple P tem se mostrado efetivo na diminuição de comportamentos desafiadores de pessoas com TEA e no aumento de práticas parentais positivas não só para comunidade de pessoas com TEA, mas também para uma variedade de pessoas com outras deficiências (Bochi et al., 2016; Hodgetts et al., 2013; Matsumoto et al., 2010; Sanders et al., 2011).

Já o Treino de 7 passos para estabelecer a cooperação com a criança utiliza princípios da terapia ABA (Schramm & Miller, 2014; Schramm, na imprensa) para auxiliar os pais a desenvolverem e estabelecerem controle instrucional com suas crianças, isto é, auxilia os pais a como apresentarem instruções claras, objetivas e precisas para que seu filho siga, bem como, garantam a motivação dele(a) para seguir a demanda, logo após essa ser apresentada e(ou) em situações futuras. A duração do treino de 7 passos varia de acordo com a necessidade das famílias, bem como, da didática do treinador, todavia ele dura em média sete encontros. Cada encontro tem como premissa ensinar aos pais os sete passos para estabelecer e garantir o controle instrucional com a criança, o que incluem: 1) Aprender a mostrar para a criança ou adolescente quem está controlando o acesso aos itens reforçadores que essa(e) deseja, nesse passo os pais são ensinados sobre princípio do reforçamento; 2) Desenvolver um ambiente e interação agradável e divertida com a criança, objetivando garantir que a

criança ou adolescente queira seguir as instruções apresentadas; 3) Mostrar aos seus filhos que são confiáveis, o que consiste em: ao apresentar um comando para a criança ou adolescente o adulto deve especificar o que a criança ganhará posteriormente e mediante o cumprimento da criança o adulto deverá cumprir o combinado.

No passo 4 os pais são instruídos a mostrar aos filhos que seguir as instruções pode lhe trazer benefícios, por meio da apresentação de instruções simples e com mais frequência, a fim de que a criança siga-as de forma independente e tenha acesso a reforçadores sociais (elogios) ou tangíveis (por exemplo: comestíveis, brinquedos, tempo de intervalo, etc.); 5) Os pais são treinados a reforçar positivamente cada comportamento relevante apresentado pela criança/adolescente e gradativamente ir variando na intensidade da liberação dos reforçadores; 6) Os pais são ensinados a demonstrar aos seus filhos que sabem o que é prioridade para eles; e 7) Os pais são modelados a não fornecer ao filho acesso aos reforçadores mediante a emissão de comportamentos desafiadores ou não cooperativos (Schramm & Miller, 2014). Junto a isso, o treino de 7 passos auxilia cuidadores de pessoas com TEA a antecipar, prevenir e(ou) manejar com maior fluência comportamentos desafiadores apresentados pelo seu filho (Schramm & Miller, 2014).

Nesse contexto, pesquisas têm apontado que intervenções focadas em treinamento parental, em geral, apresentam baixa adesão por parte dos participantes, seja para participar da intervenção propriamente dita, ou ainda para realizar atividades propostas para serem feitas fora das sessões e entre os encontros, as chamadas “tarefas de casa” (Costello et al., 2014; Guisso et al., 2019). Esses mesmos estudos têm levantado que algumas variáveis sociodemográficas que impactam no engajamento dos cuidadores: idade, sexo, escolaridade e cultura dos participantes (Guisso et al., 2019). Além disso, o fato de o treinamento ser realizado em locais distantes do de residência das famílias, um cronograma de treinamento que parece não estar relacionado com as demandas e necessidades dos participantes, e a

linguagem difícil e a falta de didática utilizada pelos profissionais que conduzem o treinamento (Rios & Williams, 2008) são fatores que costumam prejudicar a adesão. Ainda, é comum observar algumas características dos participantes que se mostram mais motivados para iniciar e finalizar um treinamento parental, essas incluem: participantes com idade avançada (pais mais velhos); com maior formação acadêmica; do sexo feminino; e que residem em locais onde a cultura de intervenções baseadas em treino parental é mais forte (Homem et al., 2014; Lucia e Dumas, 2013).

Assim, o baixo engajamento dos participantes pode afetar consideravelmente a efetividade da intervenção, diminuir a oportunidade de aprendizagem significativas e oportunidades de generalização das competências aprendidas no treinamento para outros momentos da prática parental (Costello et al., 2014; Guisso et al., 2019; Homem et al., 2014; Lucia e Dumas, 2013; Rios & Williams, 2008). Todas essas questões precisam ser levadas em consideração na proposição e implementação de programas de treinamento parental.

Não obstante, a maioria dos programas de TP descritos na literatura da área é focado em desenvolver habilidades nos cuidadores para lidar com as dificuldades da própria criança. Mas, além desses modelos, é comum que profissionais experientes na área de Terapia ABA desenvolvam modelos de treinamento singulares e adaptados aos seus objetivos, bem como, ao público ao qual ele será destinado (Andrade, e al., 2016; Barros et al., 2018; Bradshaw, et al., 2018; Lopes et al., 2021; Scahill, et al., 2016). Nesse contexto, tem se destacado a temática da autocompaixão, como uma área de estudo no campo da Psicologia, mas também como possibilidade de oferta de programas de intervenção, considerando que cuidadores de crianças com TEA podem ter dificuldades nesse campo.

1.4. Autocompaixão: definição e suas contribuições

O conceito de autocompaixão advém da prática budista, sendo entendida como uma postura de motivação e coragem para entrar em contato e querer aliviar o sofrimento de

outrem, bem como, o próprio sofrimento (Gilbert, 2019b). A autocompaixão inclui, também, uma variedade de comportamentos que envolvem gentileza e bondade para consigo mesmo (Germer & Neff, 2019a, 2019b; Neff, 2003; Neff; 2012; Neff; 2017). Desde a década de 1990, a compaixão tem sido estudada como uma variável de intervenção (isto é, um componente de outros modelos de intervenção, como por exemplo na ACT), assim como, uma vertente terapêutica como a Terapia Focada na Compaixão (CFT – *Compassion Focused Therapy*), tendo como um dos principais proponentes o psicólogo norte-americano Paul Gilbert, idealizador e criador da CFT (Gilbert, 2019a).

Compaixão pode ser conceituada e entendida como um movimento autêntico e genuíno de se colocar no lugar do outro, quando este está sofrendo, bem como, buscar auxiliar para que a pessoa lide e(ou) resolva o seu sofrimento (Gilbert, 2019a; 2019b; Neff, 2012). Contribuindo com essa descrição Hopkins (2001 apud Hofmann et al., 2011) aponta que a compaixão inclui “o desejo sincero de que os seres sencientes sejam livres do sofrimento e das causas do sofrimento” (p. 1128).

A compaixão possibilita conexão com outras pessoas e envolve a vivência e(ou) expressão de “sentimentos de gentileza, cuidado e compreensão pelas pessoas que estão sofrendo, de modo que o desejo para amenizar o sofrimento surge naturalmente.” (Neff, 2012, p. 79, tradução nossa). A compaixão é um processo que integra diferentes sistemas e envolve distintas respostas, essas incluem: respostas emocionais (sistema fisiológico), intenção de querer aliviar o sofrimento do outro ou próprio sofrimento (sistema cognitivo) e atitude, isto é, agir para aliviar o sofrimento (sistema comportamental) (Gilbert, 2019b).

Como um processo, compaixão possui fluxos que sinalizam seu início, bem como, o término, dito de outra forma, os resultados que a compaixão possibilita. Os fluxos ou processos da compaixão incluem: 1) a consciência e reconhecimento do sofrimento de outrem ou próprio; 2) sentimento de conexão e preocupação com que sofre; 3) desejo de aliviar o

sofrimento; 4) acreditar que você (pessoa que toma consciência do sofrimento) pode fazer a diferença na vida da outra e/ou na sua; 5) disposição de dar respostas e ou agir; e 6) sensação de satisfação (Gilbert, 2014; Gilbert, 2019b).

Gilbert (2019a; 2019b) conceitua que a compaixão é composta por três fluxos centrais: a compaixão para com o outro, o que inclui compaixão para com todos os seres (animais humanos e não humanos) e para com a natureza; compaixão dos outros (isto é, receber compaixão das demais pessoas) e compaixão para consigo mesmo ou autocompaixão (*self-compassion*). O estudo da autocompaixão fortaleceu-se a partir das publicações realizadas pela psicóloga, também, norte-americana Kristin Neff (Neff, 2003a, 2003b).

Até o ano de 2003 não existiam estudos que com a operacionalização, bem como, descrição dos processos inclusões no fluxo da compaixão “Compaixão por si próprio”. Nesse mesmo ano Kristin Neff publicou dois artigos seminais e de grande relevância para o estudo, descrição, operacionalização de treinamento para o cultivo da autocompaixão. Neff (2003a) teve o mérito de disparar a discussão científica da autocompaixão, sendo, também, responsável por criar, estruturar e validar o primeiro instrumento com foco para mensurar a presença ou ausência de repertórios comportamentais autocompassivos, a *Self-Compassion Scale* (SCS, Neff, 2003b).

A autocompaixão, por sua vez, é composta por 3 pilares, sendo que cada um desses possui o seu contraponto, isto é, repertórios comportamentais que sinalizam a ausência ou prejuízo na ocorrência de repertórios autocompassivos (Bohadana et al., 2019; Neff, 2003a; Neff & Faso, 2014; Neff, 2017; Neff et al., 2018). O primeiro componente da autocompaixão é a autobondade ou gentileza para consigo próprio, que se refere às habilidades da pessoa ser gentil e bondosa com relação ao seu desempenho, seus erros e acertos, ao invés de criticar-se em demasia (autocrítica severa) ou comparar o seu desempenho com o de outra(s) pessoa(s) (Neff, 2003a; Neff, 2017; Souza & Hutz, 2016a, 2016b; Warren et al., 2016). Autocrítica

severa inclui, também, a pessoa não reconhecer que as suas dificuldades e(ou) facilidades em relação a vida, são relativas às competências que ela (a pessoa) apresenta, correlacionado com seu contexto sócio-histórico atual e passado (Neff, 2003a; Neff, 2017; Souza & Hutz, 2016a, 2016b; Warren et al., 2016).

A prática da autobondade possibilita que a pessoa rompa com a cultura do perfeccionismo e do controle, isto é, que o ser humano é capaz e deve, contínua e forçosamente, controlar seus sofrimentos, dificuldades e emoções difíceis, argumento muito presente na cultura ocidental (Neff, 2017; Warren et al., 2016). Autobondade pode ser praticada quando a pessoa se envolve em reconhecer os seus limites, sem crítica e interrompendo os julgamentos (Germer & Neff, 2019a; Neff, 2017). No entanto, de acordo com Neff (2017), a autobondade não deve ser entendida apenas como ações para interromper o autojulgamento, mas também como um movimento de autoconforto, onde a pessoa se acolhe na sua dor, no seu sofrimento, em sua vulnerabilidade, tal como acolheria um bom amigo, parando para dizer: “Está bem difícil. Como posso me cuidar e me confortar neste momento?” (Neff, 2017, p. 47).

O segundo componente da autocompaixão se refere à noção de humanidade compartilhada, isto é, perceber e compreender que todas as pessoas possuem facilidades e dificuldades, reconhecer que ninguém é perfeito e que todos estão sujeitos a cometer erros. Isto é o oposto da pessoa se isolar, se alienar e crer que somente ela apresenta determinadas dificuldades e(ou) que está passando por um determinado nível de sofrimento (Neff, 2012; Oliveira et al., 2020; Savieto et al., 2019). A noção de humanidade compartilhada possibilita, assim, que a pessoa perceba e reconheça que todos os seres vivos estão conectados (Neff, 2017). Não obstante, reconhecer a humanidade comum e a conexão entre todos os seres viabiliza que a pessoa interrompa o ciclo de comparação, de isolamento social, bem como reconheça que o erro é uma possibilidade tão rica em aprendizado quanto os acertos (Germer

& Neff, 2019a; Neff, 2017). Nos dizeres de Neff (2017): “A autocompaixão honra o fato de todos os seres humanos serem falíveis.” (p. 66)

Por fim, o terceiro e último componente da autocompaixão abarca o repertório de atenção plena (*mindfulness*). *Mindfulness* refere-se à habilidade da pessoa em conectar-se e atender-se ao momento presente, assim como, consigo mesma e com as pessoas e o ambiente a sua volta. Além disso, atenção plena envolver perceber que os pensamentos, emoções, sentimentos e memórias são apenas isso e que são passageiros, ao invés de se superidentificar e se prender (leia-se “fusão”) a tais processos (Neff & Faso, 2014; Neff, 2003a; Neff, 2017; Neff et al., 2018).

A atenção plena auxilia a pessoa a perceber o seu sofrimento livre de reatividades e julgamentos, aceitando-os da forma como se apresentam. Poder perceber o sofrimento é um processo elementar para a prática da autocompaixão, pois para que a pessoa consiga direcionar compaixão para si mesma, primeiro ela tem que reconhecer seu sofrimento, visto que “não se pode curar o que não se pode sentir.” (Neff, 2017, p. 85). Com frequência mães e pais de pessoas com TEA se sentem culpadas pelo diagnóstico de seu filho, pelas dificuldades apresentadas pelo/a mesmo/a, bem como internalizam estigmas sociais no que se refere ao desempenho de suas práticas parentais e ao desempenho e funcionamento de seu filho, sendo a faceta do *mindfulness* um pilar essencial para que cuidadores lidem com esses processos (Papadoulos et al., 2018; Torbet et al., 2019; Wong et al., 2016).

Desenvolver habilidades de *mindfulness* permite que a pessoa interrompa o ciclo de fusão, supressão e(ou) fuga/esquiva dos seus pensamentos, emoções, lembranças e sentimentos avaliados como desagradáveis (Caminha, 2019), processos esses que geram sofrimento para a pessoa (Hayes & Smith 2005/2021; Neff, 2017). Quando a consciência do momento presente do indivíduo diminui, isto é, sua atenção fica imersa nos pensamentos, crenças, emoções, julgamentos, memórias e sensações fisiológicas, Neff (2017) afirma que a

pessoa pode apresentar dificuldades para identificar e, até mesmo, inibir comportamentos impulsivos, bem como, para se conectar consigo mesma e com as pessoas ao seu redor. Nas palavras de Neff (2017):

O verdadeiro tesouro oferecido pela atenção plena – seu presente mais surpreendente – é que a consciência plena nos proporciona a oportunidade de *responder* em vez de simplesmente *reagir*. (p. 95, grifos da autora)

A autocompaixão ativa, assim, o sistema de cuidados presente nos organismos mamíferos e aumenta a liberação de ocitocina (o hormônio do amor) e endorfinas para o bem-estar. Quando a pessoa está envolta na autocrítica severa ocorre o processo de acesso e ativação do sistema corporal de ameaça e defesa (ativação da amígdala) ocorrendo, ainda, a liberação de cortisol (hormônio do estresse) e adrenalina. Em estado de ameaça/alerta, o ser humano se prepara e pode apresentar respostas de lutar, fugir ou congelar diante do sofrimento (ver Tabela 1). A prática da autocompaixão aumenta, portanto, a sensação de segurança do ser humano “*estender a compaixão a nós mesmos quando nos sentimos inseguros é como receber conforto de um dos pais*” (Neff & Germer, 2019, p. 29) e, tal como a resposta a ameaça gera respostas fisiológicas, a autocompaixão também evoca respostas corporais, que vão ser expressas (leia-se identificadas) através dos três processos que a compõe (Neff & Germer; 2019).

Tabela 1

Fisiologia da autocrítica e da autocompaixão.

Resposta ao estresse	Resposta ao estresse voltada para dentro	Autocompaixão
Luta	Autocrítica	Autobondade
Fuga	Isolamento	Humanidade compartilhada
Congelar	Ruminação	<i>Mindfulness</i>

Fonte. Retirado e adaptado de Neff e Germer (2019).

Junto a isso, a autocompaixão, segundo Neff (2022), possui dois atributos: 1) o primeiro, por meio do qual a pessoa aprende a estar consigo mesma e com o seu sofrimento de forma terna, gentil e compassiva (autocompaixão *yin* ou terna); e 2) o outro, por meio do qual o indivíduo aprende a agir sobre o mundo de forma compassiva, atento e respeitando as suas necessidades e as das demais pessoas (autocompaixão *yang* ou feroz) que envolve também, atitudes de proteção, prover compaixão, segurança a si próprio e atender às suas necessidades, bem como a pessoa se motivar com compaixão a cuidar de si e encontrar estratégias para aliviar o seu próprio sofrimento buscando se confortar, acalmar e validar a si mesma (Neff, 2017; Neff & Germer, 2019; Neff, 2022).

Mindfulness e a compaixão não são apenas práticas para pais exaustos e estressados que estão tentando fazer malabarismos com muitas bolas sem deixar cair todas. São ferramentas para a vida. Essas são habilidades que podem ajudá-lo a administrar as consequências das situações verdadeiramente desafiadoras que todos nós enfrentamos - famílias que não atenderam às nossas necessidades ou que foram abusivas, as tensões emocionais da doença, encargos financeiros, ser um pai solteiro, trauma e as consequências dos vícios. **Mindfulness e a compaixão oferecem a promessa de um relacionamento diferente com nossos fardos e a liberdade de não sermos definidos por nossas histórias e eventos de nossas vidas.** (Pollak, 2019, p. 24, tradução e grifos nossos)

Autocompaixão, portanto, não é uma postura passiva ou um meio para promover a manutenção de estratégias de controle do sofrimento. A autocompaixão é ativa e ao mesmo tempo paradoxal. Conforme apontado por Germer e Neff (2019a, 2019b) a autocompaixão envolve, também, o abandono da resistência e de tentativas desenfreadas da pessoa, em combater, lutar ou tentar modificar o sofrimento, convidando-a, ainda, a praticar aceitação para consigo própria, abraçando o seu sofrimento, a si mesma e a sua vida. Outro paradoxo

apontado pelos autores é que desenvolver autocompaixão é entrar em contato com a vergonha, com a versão de um eu (*self*) extremamente crítico e julgador e ao mesmo tempo se acolher diante dessa vulnerabilidade e ser quem se é (Germer & Neff, 2019a, 2019b).

Além de ser uma postura ativa, a autocompaixão envolve coragem, pois é necessário estar aberto e disposto a entrar em contato com o sofrimento. Assim, para que a pessoa se envolva em comportamentos autocompassivos e até mesmo para que seja compassiva com o sofrimento do outro, é necessário que entre em contato e valide as suas próprias dificuldades, bem como reconheça a sua dor (Germer & Neff, 2019a; Neff & Germer, 2019).

A autocompaixão é, assim, um processo que gera movimento, pois cada pilar tem uma função essencial para o desenvolvimento e vivência de repertórios comportamentais autocompassivos. Por meio do pilar do *mindfulness* é facilitado para que a pessoa aja de forma efetiva em aceitar e lidar com suas dificuldades, bem como, desenvolva e se engaje em uma vida que valha a pena ser vivida e compartilhada (Germer & Neff 2019a; Neff, 2017; Pollak, 2019).

No entanto, Kristin Neff (2015) descreve que é comum as pessoas terem alguns receios com relação ao conceito de autocompaixão, e que isso está relacionado a possíveis mitos ligados à autocompaixão, que incluem: que a autocompaixão é autopiedade, é comodismo, ou egoísmo, ou ainda uma justificativa para que a pessoa não se responsabilize por seus atos (Neff, 2015). Assim, são importantes pesquisas que tratem do tema, visando fomentar seu maior conhecimento tanto entre o público leigo como entre o público especializado.

Nesse contexto, estudos têm apontado que mães e pais de criança com TEA apresentam níveis abaixo da média de autocompaixão ($M = 5$), flexibilidade psicológica e qualidade de vida (Bohadona et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Papadopoulos et al., 2018; Torbet et al., 2019; Wong et al., 2016). Sendo que tais aspectos impactam na relação destes

com suas crianças e, em especial, no uso de estratégias e práticas parentais positivas (Amaral, 2013; Bohadana et al., 2019; Neff & Faso, 2014).

Assim, o ato de cuidar exercido por meio da parentalidade possibilitará que os pais entrem em contato com o sofrimento dos seus filhos. A exposição prolongada ao sofrimento do outro, pode fazer com que a pessoa tenha dificuldades para gerenciar o seu próprio sofrimento, tal como diferenciar o que é dela e qual sofrimento é da outra pessoa, e isso se dá devido ao processo de ressonância empática, em que o cuidador se conecta com o sofrimento do outro (Neff & Germer, 2019). A ressonância empática é um processo natural e importante nas relações humanas, pois isso possibilita que uma pessoa tome perspectiva do sofrimento da outra, ou do que esta pessoa está passando (Neff & Germer, 2019).

Dessa maneira, a sobrecarga com o sofrimento dos filhos pode levar os pais a hipotetizar e crerem que são responsáveis pelo sofrimento desses, podendo, ainda, chegarem ao estágio de fadiga ou sobrecarga parental ou *burnout* parental (Gerbert et al., 2021; Paucsik et al., 2021; Roskam et al., 2017). Um termo que tem sido utilizado para descrever quando o cuidador entra em estado de fadiga ou esgotamento devido ao ato de cuidar é a chamada fadiga por compaixão.

A fadiga por compaixão envolve os responsáveis vivenciarem níveis de sofrimento emocional, como por exemplo tristeza, ansiedade, estresse, raiva e culpa, ao verem seu filho sofrendo. Somado a isso, a fadiga por compaixão inclui a mãe, pai ou cuidador se sentir exausto física e mentalmente, que pode ser desencadeado pelo contato frequente com estresse decorrente da compaixão para com sua criança. Sendo assim, a fadiga por compaixão pode ocorrer quando as mães e pais de crianças autistas não consegue mais ou apresentam dificuldades para lidar de uma forma saudável e assertiva com os sentimentos negativos que emergem ao observar o sofrimento de suas crianças (Aydin, 2015; Lago e Codo, 2013).

No entanto, dentro da perspectiva de autocompaixão, utilizada neste trabalho, não existe fadiga por compaixão, mas sim um processo de fadiga empática (Gerbert et al., 2021; Neff & Germer, 2019). A empatia é caracterizada pelo indivíduo tomar perspectiva do sofrimento do outro, e nesse processo, o indivíduo pode não conseguir diferenciar o que é seu e o que é do outro, devido a uma ressonância empática muito forte, podendo culminar com o processo de fadiga empática. Na empatia não ocorre o movimento para auxiliar no alívio do sofrimento do outro, diferente da compaixão que é uma motivação, que pode ou não estar ligada a outras emoções, e que gera movimento para que o cuidador auxilie o outro a resolver o seu problema e/ou minimizar o seu sofrimento (Gerbert et al., 2021; Neff & Germer, 2019).

Assim, a presença de níveis elevados de autocompaixão no relacionamento com os filhos possibilita que os pais: 1) transmitam de maneira verbal e não verbal para suas crianças, e para o(a) respectivo(a) parceiro(a), que não tem problemas cometer erros; 2) direcionem e modelem sua atenção para o que de fato importa no momento que suas crianças estão apresentando comportamentos intervenientes, isto é, direcionar seu foco atencional e presença no comportamento real e na análise e tomada de decisão para lidar com os comportamentos de forma efetiva, afetiva e compassiva, ao invés de focar no caráter de modo geral da criança, no medo do julgamento de outras pessoas a respeito do filho e/ou da sua efetividade enquanto pai/mãe/cuidador; 3) aumentem a conexão e presença com o filho; 4) melhorem a esperança sobre o futuro e uma perspectiva mais otimista sobre o desenvolvimento do filho (Bohadana et al., 2019. Neff & Faso, 2014, Neff, 2017; Pollak, 2019). Além disso, a autocompaixão possibilita a melhoria na conexão dos pais com seus valores parentais, bem como que estes se envolvam em ações voltadas para cumprir os seus objetivos e metas da parentalidade, e vivenciem seus valores (Whittingham & Coyne, 2019).

Junto a isso, quando os pais praticam a autocompaixão e direcionam compaixão para seus filhos, esses estão dando modelos para sua prole de como a autocompaixão modifica as

suas vidas e os seus relacionamentos (Neff, 2017; Pollak, 2019). A partir disso, as crianças podem aprender tais comportamentos e realizá-los em suas próprias vidas, ajudando-os a se tornarem mais resilientes emocionalmente, mais conectados consigo mesmos, a terem uma postura de autocompaixão e envolverem-se em comportamentos autocompassivos (Neff, 2017; Pollak, 2019).

Assim, a aprendizagem da autocompaixão pode ser entendida como uma estratégia para mães e pais de pessoas com TEA para lidarem e manejarem situações de estresse vivenciadas ao longo da prática parental, por exemplo: dificuldades de manejo de comportamento e ensino de habilidades, conflitos consigo próprios, discussões e conflitos com o cônjuge ou profissionais que atendem a criança, com seus familiares e com comunidade de modo geral (Davis & Carter, 2008; Bohadana et al., 2019).

Nos últimos dez anos foram realizadas algumas pesquisas que, apesar do número reduzido, identificaram que o desenvolvimento de repertórios autocompassivos em pais de crianças autistas pode contribuir para a melhoria de suas vidas, em diversos aspectos: diminuição do estresse, tensão e desgaste emocional; diminuição de sintomas depressivos e ansiosos; aumento do bem-estar psicológico; melhora na perspectiva de futuro com relação a si próprios e ao desenvolvimento de suas crianças; aumento do engajamento e uso de estratégias e práticas parentais positivas; melhora e fortalecimento do vínculo com seu cônjuge, bem como com a sua criança (Amaral, 2013; Bohadana et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Neff, 2017). Além do mais, o desenvolvimento de repertórios autocompassivos pode contribuir significativamente para a melhoria de outras áreas da vida e dos relacionamentos dessa população (Bohadana et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Neff, 2017).

Assim, alguns dos benefícios da autocompaixão, de acordo com Bohadana et al. (2019), incluem: (a) lidar melhor com as frustrações, dificuldades e desafios da paternidade (tolerância ao mal-estar); (b) reconhecer e aceitar que todos podem e irão cometer equívocos;

(c) transmitir, de forma verbal e não verbal o filho e(ou) cônjuge que não é um problema cometer erros; (d) focar no que de fato importa no momento de manejar comportamentos problemas que a criança possa estar apresentando e auxiliar o cuidador na análise e tomada de decisão em momentos de manejo de comportamentos desafiadores apresentados pelo filho (Bohadona et al., 2019; Chan et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Papadopoulos et al., 2018; Robinson et al., 2017; Torbet et al., 2019; Wong et al., 2016). Além disso, os repertórios autocompassivos permitem que o cuidador não fique sob controle ou considere que os comportamentos inadequados da criança referem-se ao caráter dela e(ou) da sua efetividade enquanto mãe ou pai; e permite maior resiliência emocional, satisfação com a vida, gentileza/autobondade, conexão e presença, esperança sobre o futuro, diminuição da ruminação e fusão com emoções e pensamentos negativos, conexão/ações voltadas para objetivos e valores e relacionamentos mais funcionais e significativos com a criança, com o cônjuge/parceiro. As mudanças no relacionamento com a criança e(ou) com o parceiro são elementos muito importantes, todavia, é importante pontuar que esses aspectos não serão objeto de avaliação direta no presente trabalho.

A autocompaixão também pode ser um aspecto fortalecedor das competências de regulação emocional de mães e pais de pessoas com TEA, bem como, dos relacionamentos desses. Dessa maneira, os benefícios do ensino de repertórios comportamentais autocompassivos podem ser inúmeros, e é fundamental que tais repertórios sejam avaliados antes e após as intervenções (Bohadana et al., 2019; Torbet et al., 2019; Wong et al., 2016).

A presença de repertórios comportamentais autocompassivos, bem como sua ausência pode ser avaliada por meio de instrumentos desenvolvidos para a avaliação desse repertório: a *Self-Compassion Scale* (SCS) desenvolvida por Neff (2003), e a *Self-Compassion Scale – Short Form* (SCS-SF) adaptada e validada por Raes et al. (2011), para população inglesa e holandesa. A SCS (Neff, 2003) possui 26 itens, e, desse quantitativo, cinco avaliam

autobondade, quatro a noção de humanidade compartilhada, quatro *mindfulness* (facetas positivas da autocompaixão), enquanto cinco mensuram o autojulgamento ou autocrítica severa, quatro avaliam o isolamento e quatro a superidentificação (facetas negativas da autocompaixão). Já a SCS-SF (Raes et al., 2011) possui 12 itens, sendo que cada dimensão da autocompaixão é avaliada por dois itens.

A SCS foi adaptada e validada para a população brasileira por Souza e Hutz (2016a) e apresentou grau de consistência interna *Alpha de Cronbach (α)* de 0,92. No ano de 2022, foi realizada a publicação de um artigo de Rocha, Pereira e Peluso, descrevendo e analisando evidências iniciais da SCS-SF para a comunidade brasileira. A análise de confiabilidade e validade da SCS-SF adaptada para a população brasileira, alcançou o valor de 0,87 no fator global, utilizando o coeficiente *Alfa Cronbach (α)* (Rocha et al., 2022).

No cenário internacional, pesquisas têm sido realizadas desde 2014 (Neff & Faso, 2014) mostrando a associação entre a autocompaixão e a prática parental de cuidadores de pessoas com TEA. Já no cenário nacional, até o presente momento não foram encontrados estudos que investigassem essa correlação, conforme estudo de revisão realizado por Couto e Ramos (no prelo). No entanto, já se observam produções que tem apontado contribuições da autocompaixão para imagem corporal, alimentação (Oliveira et al., 2020; Souza & Hutz, 2016c), autoeficácia, autoestima (Souza & Hutz, 2016b), empatia para com pacientes e empatia autorreferida em profissionais de enfermagem (Saviato et al., 2019).

No contexto das pesquisa em autocompaixão, um aspecto importante a ser pontuado é que com frequência a maioria das amostras utilizadas nesses estudos é composta por participantes do sexo feminino (Chan et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Oliveira et al., 2020; Papadopoulos et al., 2018; Robinson et al., 2017; Saviato et al., 2019; Souza & Hutz, 2016b; Souza & Hutz, 2016c; Torbet et al., 2019; Wong et al., 2016), apontando, assim, para a

necessidade e importância de que mais participantes do sexo masculino estejam presentes em estudos envolvendo a temática da autocompaixão.

Dessa maneira, com base nos benefícios apontados pela literatura, é necessário que mais pesquisas sejam realizadas objetivando avaliar a autocompaixão na população de pais de crianças com TEA, em suas relações com o estresse e o bem-estar psicológico. Além disso, é importante clarificar possíveis contribuições dos programas de treinamento em autocompaixão na modificação desses aspectos.

1.5. Programas para ensino de autocompaixão: conceitos e definições

A partir do ano de 2009, surgiram modelos de treinamento ou protocolos de ensino de repertórios comportamentais compassivos, bem como de competências de atenção plena (Germer & Neff, 2019b). Alguns desses treinamentos incluem: o Treino de Mente Autocompassiva (Gilbert, 2009 apud Germer & Neff, 2019); o Treino para Cultivo e Aumento da Compaixão (Jazaieri et al., 2013 apud Germer & Neff, 2019b); o Treino de Meditação Compassiva (Pace et al., 2009 apud Germer & Neff, 2019b); e o Treinamento de Aprofundamento em Atenção Plena a fim de viver uma vida compassiva (van den Brink & Koster, 2015 apud Germer & Neff, 2019b). Um elemento em comum presente nesses diferentes modelos de treinamento é a compaixão, onde por meio de procedimentos distintos, os participantes aprendem a desenvolver repertórios comportamentais compassivos e autocompassivos.

O *Mindful Self-compassion* (MSC) é um desses protocolos de treinamento, desenvolvido por Germer e Neff em 2010, para ensinar habilidades comportamentais autocompassivas, isto é para direcionar compaixão e benevolência para o próprio sofrimento, bem como, para treinar e desenvolver uma mente mais aberta, flexível e conectada com o momento presente (pilares do treinamento em autocompaixão, Germer & Neff, 2019a, 2019b). Os processos contemplados no MSC podem ser aplicados a pais e mães de pessoas

com TEA e contribuir para sua qualidade de vida e melhoria nas práticas parentais decorrente dos altos índices de estresse, sofrimento psicológico e internalização de estigma social (Amaral, 2013; Faro et al., 2019; Hayes & Watson, 2013; Kalb et al., 2021; Papadopoulos et al., 2018; Wong et al., 2016).

O MSC é um modelo de treinamento que integra a autocompaixão e o *mindfulness* (atenção plena). Germer e Neff (2019b) versam que o MSC depende do *mindfulness*, pois só será possível a pessoa direcionar e trazer bondade para sua experiência, bem como, adotar uma postura de motivação para entrar em contato e aliviar o seu sofrimento (processos da autocompaixão) quando essa aprende a atentar-se, reconhecer e conectar-se com o seu sofrimento, assim como, com sua vida de modo geral.

Mindfulness não é uma postura enganosamente simples para a pessoa lidar com os seus sofrimentos de forma a se livrar deles ou, até mesmo, atrasar o contato com eles. Vários estudiosos na área apontam que *mindfulness* não é uma competência ou ferramenta para que a pessoa se livre da ansiedade, depressão, pensamentos ruminativos, dentre outras variações de sofrimento, mas sim uma postura corajosa de direcionar a atenção com intenção e propósito para o aqui e agora e isso inclui entrar em contato e reconhecer os pensamentos, sentimentos, emoções e memórias avaliados como desagradáveis (Germer, 2016; Neff, 2003a; Sopezki et al., 2021).

Alguns autores, tal como Germer (2016) descrevem que o termo “*mindfulness*” advém da palavra “*Pali*” derivada do sânscrito “*Sati*”, sendo algo advindo do Budismo. No entanto, outros autores, tal como Sopezki et al. (2021) sinalizam que o termo “*mindfulness*” é um substantivo da língua inglesa composto por duas palavras “*mindful*” (atenção) + “*Ness*” (pleno de) que foi empregado desde o século XIX para descrever, de uma forma mais apropriada, alguns termos e práticas budistas.

Mindfulness envolve, também, um treino de foco atencional (Russel, 2018; Sopezki et al., 2021) que possibilita uma série de mudanças na vida da pessoa que o pratica com consistência e periodicidade, esses incluem: promove o desaceleramento do corpo desencadeado pela contínua estimulação sensorial do dia-a-dia; auxilia na regulação emocional, bem como, direcionamento da atenção quando a pessoa está mergulhada em um conglomerado de pensamentos; auxilia na iniciação, condução e finalização de conversas difíceis; possibilita que a pessoa aprenda a se tratar, assim como, tratar o outro com mais gentileza; dentre outros benefícios (Russel, 2018; Sopezki et al., 2021).

Somado a isso, Germer e Neff (2019b) versam sobre outros benefícios do ensino de *mindfulness* no MSC, esses são: 1) o trabalho em autocompaixão pode e irá evocar emoções difíceis, em especial no período inicial do treinamento; a partir disso, as competências de *mindfulness* auxiliarão para que a pessoa centre e retorne sua consciência para o momento presente; e 2) treinar atenção plena potencializa o cultivo da consciência ampla e de equanimidade social baseado em ações compassivas (Germer & Neff, 2019a, 2019b).

Aplicado ao contexto da parentalidade de cuidadores de pessoas com TEA, os componentes da autocompaixão e atenção plena integrados pelo MSC podem contribuir para o aumento da flexibilidade psicológica, diminuição de estresse, melhorar a interação conjugal, visto que a parentalidade no TEA pode impactar essas e outras áreas da vida dos cuidadores (Bohadana et al., 2019; Shahabi et al., 2019; Torbet et al., 2019)

O MSC é um treinamento que demanda e promove exposição, assim como, contingências para que a pessoa entre em contato com suas vulnerabilidades, autocrítico, vergonhas, autojulgamentos, dentre outros aspectos (Germer & Neff, 2019a, 2019b). A exposição pode ser realizada por meio de práticas formais e/ou informações em *mindfulness* e autocompaixão. As práticas formais possuem como características a pessoa adotar uma postura confortável (sentada ou deitada), fechar os olhos, direcioná-los para o chão ou um

ponto fixo, além de terem uma duração maior (por exemplo: 10 a 40 minutos). Já as práticas informais possuem uma duração menor (3 a 10 minutos), são realizadas com os olhos abertos e/ou em movimento ou intercalando momentos em que os participantes devem ficar com os olhos fechados e abertos.

Contudo, para que o MSC seja efetivo, isto é, para que promova resultados significativos e duradouros na vida de quem participa do treinamento, é de suma importância que os participantes trabalhem a aprendizagem e prática da autocompaixão espontânea, como forma de responder ao sofrimento (Germer & Neff, 2019b). Junto a isso, a pessoa ao iniciar e continuar com consistência e intenção a prática de autocompaixão ela poderá entrar em contato com duas experiências que são descritas por Germer e Neff (2019b) como *Backdraft* e *Lovingkindness*. O *Backdraft* é uma metáfora utilizada para explicar o processo de ressurgência de memórias de experiências do passado, a importância desse fenômeno e como tais “feridas” podem e serão recebidas com autocompaixão, todavia pode ocasionar um transbordamento emocional devido ao ressurgimento das experiências que a pessoa teve ao longo de sua vida (Germer & Neff, 2019b). O *Backdraft* é um processo que ocorre de forma natural, sendo, ainda, extremamente importante para o cultivo da autocompaixão, pois nesse momento a pessoa poderá direcionar gentileza e benevolência para o seu sofrimento de uma forma que não pode anteriormente, isto é, quando as vivências ocorreram.

O *backdraft* ocorre quando um bombeiro abre uma porta com um incêndio atrás dela. Quando o oxigênio é introduzido no fogo, o fogo se intensifica. Um efeito semelhante pode ocorrer quando praticamos a autocompaixão. Quando nosso coração está quente de sofrimento - autocrítica, dúvida -, palavras amáveis podem abrir a porta de nosso coração, fazendo com que velhas feridas voltem à tona. O ditado é: "O amor revela tudo diferente de si mesmo." Esses sentimentos não são criados por autocompaixão -

estamos simplesmente revivendo-os na relativa segurança de nossas vidas atuais.

(Germer & Neff, 2019b, pp. 359)

Já a Bondade Amorosa ou Meditação da Bondade Amorosa (LMK do inglês *Lovingkindness* ou *Lovingkindnes Meditation*) é uma prática, também, oriunda da tradição budista e tem como propósito auxiliar para que a pessoa desenvolva um estado de maior afetividade, gentileza, e bondade incondicional para com ela e para com todas as demais pessoas, o que inclui amigos, pessoas neutras e, até mesmo, pessoas que lhe causaram algum desconforto emocional (Hofmann et al., 2011). A LKM pode ser traduzida para meditação da bondade amorosa, possuindo, ainda, seis estágios. Cada estágio da LKM possui um foco específico e incluem: 1) a pessoa praticar a LKM focando em si mesma; 2) focando em um amigo que não envolva desejos sexuais; 3) focando em uma pessoa neutra, isto é, que não elicia na pessoa sentimentos desagradáveis nem agradáveis de sentir; 4) focando em uma pessoa “difícil”, que está associada ou lhe gera sentimentos desagradáveis; 5) a pessoa praticar a LKM focalizando em si própria, em um bom amigo e em uma pessoa neutra; e 6) focar bondade amorosa para todo o universo (Hofmann et al., 2011).

Nas últimas décadas têm sido avaliados os modelos de treinamento ou programas com o objetivo de ensinar repertórios comportamentais mais autocompassivos e(ou) com consciência plena ao momento presente (habilidades de *mindfulness*), buscando, ainda, possibilitar que seus participantes desenvolvessem uma maior qualidade de vida e experienciassem redução de estresse, depressão, ansiedade, dentre outros indicadores psicológicos.

Um trabalho publicado por Neff e Germer (2013) apresentou o resultado de 2 estudos realizados pelos autores. No primeiro foi avaliado o nível de autocompaixão, atenção plena e outros marcadores de bem-estar em uma amostra de 21 participantes pré e pós intervenção. Os resultados do estudo identificaram mudanças significativas com aumento nos indicadores

de autocompaixão, atenção plena, satisfação com a vida e felicidade, diminuição de estresse, depressão e ansiedade. Já o estudo 2 contemplou um ensaio clínico randomizado onde uma amostra de participantes (N = 25) participou da intervenção e um outro grupo (N = 27) ficou na lista de espera. A intervenção implementada incluiu a realização de um Workshop com duração de 8 semanas utilizando o programa MSC. Os resultados deste segundo estudo apontaram que o programa MSC parece ser efetivo em aumentar os níveis de atenção plena, indicadores de bem-estar e aumento de repertórios comportamentais mais autocompassivos (todos $p < .05$). Somado a isso, conforme apontam Neff e Germer (2013) os ganhos obtidos pelos participantes do Estudo 2 mantiveram-se em um estudo de follow-up de 6 meses ($p > .05$) e 1 ano ($p = 0.04$).

Outros estudos realizaram a adaptação do MSC para demandas específicas e demonstraram impactos positivos do treinamento em *mindfulness* e autocompaixão no aumento do bem-estar, satisfação com a vida, conectividade social e resiliência de mulheres universitárias (Smeets et al., 2014), melhoria no bem-estar psicossocial dos adolescentes (Bluth et al., 2015), redução no estresse, sintomas depressivos e sofrimento de pacientes com diabetes (Friis et al., 2016) e para aliviar o estresse e os sintomas de esgotamento emocional em profissionais de psicologia (Eriksson et al., 2018). O programa MSC também foi avaliado no formato *online* com a população em geral e adaptado para um formato de 4 sessões (semanas) (Northover et al., 2021). Os resultados do estudo apontam que a intervenção possibilitou o aumento da autocompaixão e bem-estar, diminuição nos sintomas depressivos, de ansiedade, em desinteresse em relação a si mesmo, marcadores de medo de compaixão e em vergonha (Northover et al., 2021).

A partir dos estudos expostos observa-se que a aplicação do programa MSC com adolescentes e adultos típicos tem-se mostrado efetivo para o aumento de bem-estar, atenção plena ou conexão com o momento presente, satisfação com a vida, conectividade social,

otimismo, mudança no humor, diminuição do estresse, ruminação e preocupação (Bluth et al., 2015; Eriksson et al., 2018; Friis et al., 2016; Neff & Germer, 2013; Northover et al., 2021; Smeets et al., 2014).

Como destacado anteriormente, a baixa adesão de participantes aos programas de treinamento parental pode impactar a efetividade da intervenção. De igual maneira, o engajamento reduzido na realização das práticas de *mindfulness* e autocompaixão em programas que intervenham nessas habilidades, pode acarretar resultados pouco favoráveis. Um estudo realizado por Yela e colaboradores (2019) investigou a efetividade do programa MSC no aumento de autocompaixão, bem-estar psicológico e atenção plena em psicólogos que apresentavam adesão alta ao programa, bem como nos que indicaram baixa adesão. Constatou-se que os participantes que tiveram alta adesão ao treinamento exibiram mudanças estatísticas significativas na autocompaixão, bem-estar psicológico e atenção plena. Já no grupo de baixa adesão ao programa MSC observou-se um ligeiro aumento nos indicadores de atenção plena e estabilidade, se comparado ao pré-teste, nos níveis de autocompaixão e bem-estar psicológico, não havendo assim alterações significativas nesses dois domínios (Yela et al., 2019).

Dessa maneira, considerando o exposto até o presente momento, a realização desta pesquisa teve como premissa responder à seguinte questão de pesquisa: “*Uma intervenção em autocompaixão possibilitaria mudanças nos indicadores de estresse, bem-estar psicológico e autocompaixão em mães e pais de crianças com TEA?*”.

A proposta de pesquisa aqui exposta foi desenvolvida com base nos objetivos e estrutura de algumas das sessões do programa MSC. No entanto, a estrutura aqui apresentada configura-se em uma **intervenção clínica em grupo com base em autocompaixão**, em respeito e dado os requisitos e prerrogativas estabelecidos pelo *Center for Mindful Self-Compassion* para a formação e identificação de profissionais capacitados e autorizados a

implementar o modelo formal e padronizado do programa MSC, seja ele no formato de oito sessões ou de quatro encontros. Somado a isso, dado o período estabelecido para qualificação do processo de mestrado, execução da proposta de pesquisa e defesa da dissertação optou-se pelo desenvolvimento de um modelo de cinco sessões/encontros.

Conforme discutido anteriormente, a prática parental de pais e mães de crianças, adolescentes e adultos diagnosticadas com TEA é permeada por fatores que desencadeiam níveis de estresse e vulnerabilidade emocional para esses. Alguns desses fatores incluem: comportamentos problemáticos apresentados pela criança; redes de apoio deficitárias; nível de funcionamento da criança; preocupação com o futuro; conflitos no relacionamento com a criança e(ou) com o parceiro, dentre outros aspectos, conforme exposto anteriormente. (Amaral, 2013; Davis & Carter, 2008, Faro et al., 2019; Neff, 2017).

Somado a isso, pesquisas realizadas em contexto internacional apontam que cuidadores de pessoas com TEA apresentam níveis menores de autocompaixão e apontam, ainda, a importância da autocompaixão como estratégia de *coping* para o estresse parental, bem como, para lidar com situações de vulnerabilidade emocional (Carvalho-Filha et al., 2018; Davis & Carter, 2008; Neff & Faso, 2014; Neff, 2017).

No entanto, ao ser realizado um levantamento de estudos e produções nacionais que discutam autocompaixão nesta população, não foram encontradas pesquisas brasileiras publicadas nas bases consultadas. Em uma revisão sistemática realizada por Couto e Ramos (*no prelo*) os autores realizaram um levantamento nas plataformas de dados *National Library of Medicine* e o Portal de Periódicos Capes entre os dias 05 e 25 de agosto de 2021 utilizando os descritores *autism* e *self-compassion*, com a premissa de encontrar pesquisas produzidas entre 2010 e 2020. A partir disso, os autores identificaram que não havia produções brasileiras discutindo a temática autocompaixão e autismo, todavia encontraram 12 produções internacionais que avaliavam autocompaixão em mães e pais de pessoas com TEA

(N = 10), bem como autocompaixão em pessoas que apresentavam sintomas de autismo (N = 2) (Couto & Ramos, *no prelo*).

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar o estresse parental, o bem-estar psicológico e a autocompaixão de cuidadores de crianças (com idade entre 2 anos e 11 anos e 11 meses) diagnosticadas com TEA, bem como avaliar mudanças nesses indicadores a partir de uma intervenção baseada no ensino da autocompaixão.

2.2. Objetivos específicos

- Avaliar indicadores de estresse parental e bem-estar psicológico em mães e pais de pessoas com TEA;
- Avaliar níveis de autocompaixão em cuidadores de pessoas com TEA;
- Comparar os níveis de estresse, bem-estar psicológico e autocompaixão antes e após a intervenção;
- Desenvolver e implementar uma proposta de treino para mães e pais de pessoas com TEA focado no ensino de autocompaixão para essa população;
- Descrever e caracterizar as percepções dos cuidadores sobre as suas experiências na intervenção realizada.

3. Método

A pesquisa utilizou o modelo de métodos mistos como metodologia. O modelo de métodos mistos busca integrar os conhecimentos e práticas oriundos da metodologia de pesquisa quantitativa e da pesquisa qualitativa com a premissa de explorar o significado e compreensão de constructos sociais, históricos e culturais (Creswell et al., 2011). A

integração da metodologia de pesquisa quanti e quali pode possibilitar uma compreensão profunda e abrangente no campo do saber e sofrimento humano, tomando como parâmetro, também, variáveis sócio-histórico-culturais, por meio da rigorosa e precisa identificação, coleta e análise de dados por meio de entrevistas, questionários, escalas, inventários ou demais instrumentos validados cientificamente como recursos para levantamento e análise de dados (Creswell, 2010; Knechtel, 2014; Paranhos et al., 2016).

Inicialmente, foram avaliados os níveis de estresse parental, bem-estar psicológico e autocompaixão em uma amostra de cuidadores de crianças com TEA, em um delineamento quantitativo. Já a intervenção implementada para ensino de habilidades de autocompaixão aos participantes da pesquisa, foi pautada no delineamento de estudo quase-experimental. Um estudo quase-experimental é caracterizado por ser um delineamento de pesquisa no qual não são realizados grupos controle e experimental (Fife-Schaw; 2010; Kindder, 1976), mas são realizadas comparações de pré-intervenção (não tratamento) e pós-intervenção (tratamento) com os mesmos participantes, o que pode ser caracterizado como grupos não equivalentes (Fife-Schaw; 2010; Kidder, 1976).

Estudos quase-experimentais são considerados como uma alternativa viável e muito importante quando não é possível realizar todos os controles necessários aos estudos experimentais. Além disso, a designação e escolha da amostra de participantes para o estudo não é feita de forma aleatória e o desenho pré e pós intervenção ou teste é considerado como um desenho pré-experimental (Shaughnessy et al., 2012). O estudo não foi realizado com todos os delineamentos que envolvem um estudo experimental, uma vez que o tempo de realização de um Mestrado não permite a inclusão de um número de participantes maior para compor um grupo controle, nem a posterior realização da intervenção com este grupo, por razões éticas de oferta da intervenção também àqueles que compusessem o grupo controle da pesquisa.

3.1. Participantes

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa envolveram: 1) ser mãe, pai e(ou) cuidador de referência de criança(s) diagnosticada(s) com TEA possuindo entre 2 anos a 11 anos e 11 meses de idade; 2) Aceitar participar da pesquisa por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B); e 3) Possuir acesso a rede de internet e a um equipamento eletrônico (celular, tablet, computador ou notebook). No que tange aos critérios de exclusão para participação da fase de intervenção deste estudo, adotou-se: 1) mães e pais de crianças com TEA (com idade entre 2 anos e 11 anos e 11 meses) que estivessem participando de psicoterapia ou de alguma modalidade de treinamento ou orientação parental em outros contextos ou serviços de saúde, tendo em vista a impossibilidade de diferenciar se os possíveis resultados da intervenção seriam produto desta, ou das outras modalidades de assistência recebidas pelos participantes.

Assim, realizaram o preenchimento do questionário de seleção da amostra um total de 182 pessoas. Desse quantitativo, somente 77 pessoas preencheram o questionário da pesquisa de forma completa (esse quantitativo abarca, também, pessoas que não passaram nos critérios de inclusão para a intervenção). Contudo, chegaram até o final da intervenção apenas 10 pessoas, que atenderam aos critérios de inclusão para participação no treinamento e que completaram os cinco encontros. O detalhamento dos inscritos, participantes e desistentes será apresentado na seção de resultados.

3.2. Instrumentos

Os instrumentos selecionados para a pesquisa estão disponíveis na literatura para acesso e uso livre. Foi desenvolvido um questionário de caracterização da amostra e um questionário para levantamento das impressões e percepções dos participantes pós intervenção, elaborado especificamente para esta pesquisa.

Os instrumentos que foram utilizados na pesquisa incluem um questionário de dados sociodemográficos, uma escala de estresse parental e outra de bem-estar psicológico e um instrumento para avaliar a autocompaixão. O Questionário de Caracterização da Amostra (Apêndice C) desenvolvido para este trabalho, objetiva identificar informações e características relevantes dos participantes da pesquisa (por exemplo: formação, quantidade de filhos/as, quantos/as tinham o diagnóstico de TEA, se as crianças participavam de intervenção, se os cuidadores participavam de psicoterapia ou orientação parental, bem como outras informações relevantes).

Para avaliar o estresse associado à prática parental dos participantes, aplicou-se a Escala de Estresse Parental (EEPa – Brito & Faro, 2017). A EEPa possui 16 itens que podem ser respondidos por meio de uma escala *likert* de 0 (discordo totalmente) até 4 (concordo totalmente). Os questionamentos presentes na escala avaliam dois fatores identificados como “experiências positivas da parentalidade” ou satisfação parental (7 itens – itens 1, 3, 4, 5, 6, 15 e 16) e “estressores parentais” (9 itens – itens 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14). Os itens do indicador “satisfação parental” são pontuados de maneira invertida e a pontuação da escala pode variar entre 0 e 64 pontos, sendo que, até o presente momento, não existem estudos que indiquem uma pontuação de corte que sugere ausência ou presença de estresse parental.. A EEPa possui consistência interna de 0,81, apresentando-se como um instrumento fidedigno para coleta de dados (Anexo A).

Utilizou-se a Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP – Machado et al., 2013) para avaliar o bem-estar de pessoas no âmbito psicológico. A escala avalia seis processos que compõem o que se considera como relações positivas de bem-estar psicológico: relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito de vida e autoaceitação. A EBEP possui 35 itens que podem ser respondidos através da marcação realizada com base em uma escala *likert* de 1 (discordo totalmente) até 6

(concordo totalmente) em relação ao aspecto avaliado. O instrumento possui consistência interna que varia entre 0,77 a 0,89, garantindo assim a validade e relevância da escala (Anexo B).

Já a Escala de Autocompaixão (SCS – Self-Compassion Scale) foi escolhida para avaliar os comportamentos autocompassivos dos participantes. A SCS foi desenvolvida em 2003 por Neff (2003) e no ano de 2016 foi traduzida, adaptada e validada para a população brasileira por Souza e Hutz (2016a). A SCS (Anexo C) tem como objetivo avaliar a presença de repertórios comportamentais autocompassivos em relação a si mesmo diante de situações e experiências de sofrimento. O instrumento é composto por 26 itens que avaliam os processos de Autobondade em contraposição à autocrítica severa, noção de humanidade compartilhada versus posturas de isolamento e *mindfulness* (atenção plena) em detrimento de se superidentificar com o sofrimento. O preenchimento da SCS é realizado por meio de uma escala *likert* de 1 até 5, onde 1 equivale a “quase nunca” e 5 equivale que “quase sempre” o respondente apresenta o comportamento indicado no instrumento. Além disso, a pontuação dos itens que avaliam as facetas negativas da autocompaixão (autocrítica severa, isolamento e superidentificação) são calculadas de maneira invertida. O estudo de Souza & Hutz (2016a) identificou que a SCS possui consistência interna de 0,92, apontando, assim, que a escala pode ser utilizada, com fidedignidade na população brasileira.

O Questionário de Avaliação da Intervenção (Apêndice D), por sua vez, foi desenvolvido pelo pesquisador, a fim de levantar e analisar os relatos dos participantes no que se refere às suas percepções, impressões e possíveis impactos em suas vidas a partir da intervenção focada em autocompaixão.

3.3. Procedimento

O estudo foi iniciado após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFES (Campus Goiabeiras), parecer número 5.518.259. Assim, a pesquisa foi

divulgada por meio de imagens (*flyer* de divulgação) (Apêndices E, F, e G) em redes sociais (Instagram, Facebook, grupos de facebook para comunidade de mães, pais, cuidadores e para pessoas autistas e Whatsapp), e também em clínicas especializadas que atendem a indivíduos com TEA, a fim de convidar o público-alvo da pesquisa a participar do estudo. O flyer continha um link que ao ser clicado direcionava a pessoa para a plataforma *Enquete* da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), para que a coleta de dados fosse realizada na modalidade *online*, do questionário pré-teste (contendo TCLE e demais instrumentos da pesquisa). Os participantes receberam uma cópia, em forma de resposta automática em seus e-mails do TCLE e necessitavam de 20 (vinte) até 40 (quarenta) minutos para preencherem os instrumentos.

Após a divulgação das duas primeiras turmas, observou-se que muitas pessoas iniciaram o preenchimento do questionário na plataforma *Enquete* e não finalizaram. Assim, nestas primeiras divulgações, 200 pessoas deram início ao preenchimento dos instrumentos na plataforma, mas apenas 50 finalizaram. Levantou-se a hipótese que isso ocorreu devido à extensão do questionário, e a partir disso foi criado um formulário no *Google forms* com as perguntas apenas da parte de caracterização da amostra, com menor número de perguntas. Posterior à análise dos dados da pessoa inscrita via *Google forms*, os participantes aprovados pelos critérios de inclusão foram contactados individualmente e solicitados a preencher o questionário da plataforma *Enquete*.

Após a seleção dos participantes, o pesquisador entrou em contato com todos por meio do *WhatsApp*® e via e-mail comunicando que estaria criando um grupo de *WhatsApp*® com todos os participantes, apresentando orientações sobre o início e as datas dos encontros (Apêndices H, I, J, K, L e M), bem como solicitando que os participantes preenchessem o questionário da *plataforma Enquete*, por meio do link enviado no grupo. Os grupos de *WhatsApp*® foram criados com aproximadamente uma semana antes do primeiro encontro, a

fim de dar início à criação do vínculo e serem enviadas as informações sobre as sessões. Além disso, nos grupos de *WhatsApp*® foram compartilhadas com os participantes as práticas de autocompaixão e *mindfulness* realizadas durante os encontros, bem como, as práticas que deveriam ser realizadas como tarefa de casa (Apêndices N e O). Além disso, o pesquisador enviou um e-mail para as demais pessoas que não foram selecionadas, informando sobre os critérios de inclusão e exclusão e justificando a não seleção desses (Apêndice P).

A intervenção ocorreu em formato de treinamento na modalidade *online*, por meio da plataforma Zoom Meetings®, para a realização dos encontros. Realizou-se um total de cinco encontros, com frequência semanal e com duas horas de duração. No formulário para seleção da amostra foi dada a possibilidade para que os participantes escolhessem entre uma das duas opções de dia e horários ofertados para realização do treinamento. Os dias disponibilizados foram: as quintas-feiras de 08:00 horas às 10:00 horas ou das 14:00 horas às 16:00 horas (turmas 1, 2, 3 e 4) e aos sábados de 08:00 horas às 10:00 horas ou das 14:00 horas às 16:00 horas (turmas 5 e 6). Foram realizadas medidas de marcadores de estresse associado à prática parental, de bem-estar psicológico e de autocompaixão antes e após a intervenção, bem como, foi analisada a avaliação dos participantes a respeito da intervenção, após o término do treinamento.

Em cada encontro abordou-se temáticas diferentes e realizou-se exercícios vivenciais pautados nos componentes da autocompaixão discutidos ao longo das sessões. O detalhamento dos conteúdos e atividades de cada sessão podem ser vistos nos apêndices N e Q.

Cabe justificar que, toda a intervenção ocorreu de forma *online* tomando como parâmetro a, ainda, presente pandemia da Covid-19, bem como, os efeitos que os participantes da pesquisa poderiam experienciar devido ao período prolongado da pandemia,

como por exemplo: insegurança com relação às atividades presenciais; medo de contágio; apresentar sintomas gripais, de sinusite ou rinite e serem impossibilitados de participar da intervenção se esta fosse presencial; medo de estarem assintomáticos e contaminarem outras pessoas, dentre outros receios e inseguranças típicos desse contexto de pandemia.

Durante a realização das turmas do treinamento o pesquisador foi auxiliado por duas graduandas em psicologia³, que eram responsáveis por auxiliar na comunicação com os participantes, caso tivessem alguma dificuldade com relação ao uso da plataforma do *Zoom Meetings*. Além disso, as estudantes auxiliaram o pesquisador na correção das escalas utilizadas.

3.4. Análise dos dados

A primeira parte da análise quantitativa consistiu na descrição dos indicadores de estresse, bem-estar psicológico e autocompaixão de cuidadores de crianças com TEA (N=77) a partir dos parâmetros de correção das escalas, conforme estabelecido por seus autores (Brito & Faro, 2017; Machado et al., 2013; Souza & Hutz, 2016a). Foram utilizadas estratégias de análise estatística descritiva, correlacional e preditiva; análises de diferença de média (test *t* para amostra independentes), e modelos de regressão linear múltipla (Farina et al., 2019; Hair et al., 2009).

Além disso foram realizados mais quatro tipos de análises no grupo amostral que compôs o pré-teste (N = 77) com o objetivo de avaliar os indicadores de estresse parental, bem-estar psicológico e autocompaixão, bem como correlacionar variáveis sociodemográficas com os resultados desses indicadores. As análises utilizadas incluíram: 1) Análise de diferenças, que envolveu: Teste comparativo com grupo - trabalho fora x não trabalha fora; e Psicoterapia - fazer terapia x não fazer terapia; 2) Regressão múltipla, que

³ Agradeço muitíssimo a Isadora de Souza Sodré (Unopar Anhanguera Campus Piza - Londrina-PR) e a Maria Luiza Franco Babóra (Instituto Filadélfia de Londrina - UNIFIL - Campus Sede - Londrina-PR) que foram as estudantes que me auxiliaram no processo de organização para o início do treinamento, bem como na correção das escalas. Sem o suporte delas este trabalho não seria o mesmo.

abarcou: Análise do efeito de variáveis causadoras sobre uma variável dependente ou causada; e Testes de modelos de predição de estresse e bem-estar geral (Ambiel et al., 2018; Devotto & Machado, 2020; Pereira et al., 2017).

A segunda parte da análise quantitativa, realizada com a amostra de 10 participantes (cuidadores que iniciaram e finalizaram a intervenção), incluiu os modelos de análise de covariância (ANCOVA) e medidas repetidas (“Anova de medidas repetidas”) para dados não paramétricos (Hair et al., 2009), envolvendo, ainda, os escores das escalas de pré e pós intervenção com o teste de Friedman (Jamovi, 2020). O processo de análise adotado, buscou, também, identificar se houve mudança nos indicadores de estresse parental, bem-estar psicológico e autocompaixão dos cuidadores. Os dados também foram analisados com suporte do software estatístico Jamovi (Navarro & Foxcroft, 2019). Escores dos instrumentos foram computados pela função soma, envolvendo o cômputo dos itens por dimensão (bem-estar psicológico, estresse parental e autocompaixão), bem como escore geral (estresse parental e bem-estar psicológico). A opção por um tratamento não paramétrico dos dados foi devido à natureza do tamanho amostral dos grupos ($N < 100$).

No que tange à análise dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (2016) para tratar os dados fornecidos obtidos com o *Questionário de Avaliação da Intervenção*. Junto a isso, posterior à leitura dos materiais originais, foram criadas categorias temáticas a fim de respeitar os sentidos expostos pelos participantes em suas respostas (Bardin, 2016). O processo de análise e tratamento dos dados seguiu as etapas conforme descrito por Oliveira (2008), o que inclui: pré-análise, exploração e tratamento do material e interpretação dos resultados. Por fim, os dados quantitativos e qualitativos foram discutidos, tendo em vista a responder os objetivos da pesquisa.

A etapa de pré-análise teve como objetivo organizar os dados compostos pelas respostas dos 10 participantes que realizaram o pós-teste, além de ter sido estabelecido o

corpus da pesquisa, composto pelas respostas dos dez participantes. Na segunda etapa do processo de análise de conteúdo, referente à exploração do material, foi realizada a leitura do corpus da pesquisa individualmente pelo pesquisador, sendo, ainda, nomeadas as categorias temáticas para as respostas dos participantes.

As categorias foram desenvolvidas pelo pesquisador com base nas temáticas respondidas pelos participantes, no conteúdo teórico que respaldou o projeto, bem como nos objetivos específicos desta pesquisa. Além disso, nessa etapa, as categorias gerais foram separadas em um documento de word através dos critérios de semelhança e de repetição, buscando respeitar as atribuições dadas pelos participantes em suas narrativas.

Após esse processo de tratamento dos dados, criou-se subcategorias e estas foram definidas de forma operacional para que fosse possibilitado e facilitado o processo de tratamento e interpretação dos resultados (Mendes & Miskulin, 2017). Para a criação e a análise das categorias não foram utilizados aplicativos, e nem o material foi submetido a outros juízes (pesquisadores). Dessa forma, a análise do conteúdo foi realizada apenas pelo pesquisador. Objetivando ilustrar as categorias temáticas, os fragmentos de texto concernentes às respostas dos participantes são exibidos ao longo do trabalho em itálico, seguidos pela palavra “Participante” e algarismo arábico que indica o respondente (por exemplo, Participante 2).

4. Resultados

4.1. Indicadores de estresse, bem-estar e autocompaixão em pais de crianças com TEA

Participaram do período de pré-teste deste estudo um total de 77 cuidadores de crianças com TEA, com média de idade de 37 anos (desvio padrão de 6,68 anos), sendo a

maioria dos participantes identificadas como mãe de crianças autistas. A Tabela 2 apresenta uma síntese geral dos aspectos descritivos desta amostra.

Tabela 2

Aspectos da amostra que compõem o pré-teste.

Função parental	F	%
Mãe da criança com TEA	71	92,2
Outros	3	3,9
Pai da criança com TEA	2	2,6
Tio/Tia – Responsável legal da criança com TEA	1	1,3
Total	77	100,0
Escolaridade	F	%
Ensino fundamental completo	1	1,3
Ensino médio completo	10	13,0
Ensino médio incompleto	3	3,9
Ensino superior completo	52	67,5
Ensino superior incompleto	11	14,3
Total	77	100,0
Trabalhar fora	F	%
Sim	26	33,8
Não	51	66,2
Total	77	100,0
Estado civil	F	%
Casada	52	67,5
Divorciada	9	11,7
Solteira	12	15,6
Viúva	1	1,3
Não informado	3	3,9
Total	77	100,0

Fonte. Elaboração própria.

Nota. F = frequência; % = percentual.

No que se refere a fazer ou não terapia, a Tabela 3 apresenta o teste de diferenças entre quem não fazia terapia e quem fazia terapia. Constatou-se que diferenças significativas no aspecto do estresse parental tanto no indicador de satisfação parental como em estressores da parentalidade, bem como no escore total de autocompaixão (SCS) e no indicador de *mindfulness* (SCS). Nas demais variáveis não foram identificadas diferenças significativas, considerando a comparação entre quem fazia e quem não fazia terapia.

Tabela 3

Teste de comparação entre não fazer terapia e fazer terapia.

	Grupo	N	Média	Dp	t	df	p
ET_EEPa	Não	63	21.60	9.10	-2.13	75	0.036*
	Sim	14	27.71	12.17			
Exper_Parental	Não	63	4.38	3.35	-2.52	75	0.014*
	Sim	14	7.21	5.51			
Estr_Parental	Não	63	17.22	7.40	-2.79	75	0,007*
	Sim	14	23.210	6.55			
ET_SCS	Não	63	2.95	0.87	1.98	75	0.05*
	Sim	14	2.45	0.74			
SCS_Mindfulness	Não	63	3.30	1.01	1.96	75	0.05*
	Sim	14	2.73	0.85			
ET_EBEP	Não	63	150.0	32.23	1.24	75	0.218
	Sim	14	138.64	24.48			

Fonte. Elaboração própria.

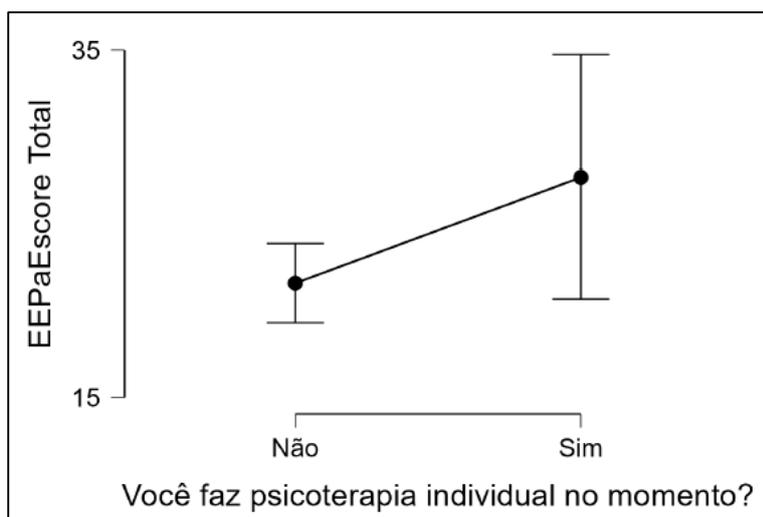
Nota. ET_EEPa = escore total escala de estresse parental; Exper_Parental = Experiências positivas da parentalidade; Estr_Parental = Estressores parentais; ET_SCS = escore total escala de autocompaixão; SCS_Mindfulness = indicador de mindfulness da escala de

autocompaixão; ET_EBEP = escore total da escala de bem-estar psicológico; N = número de participantes; Dp = desvio padrão; t = teste t ; df = graus de liberdade; p = significância; * = significância estatística ($p \leq 0,05$).

A Figura 1, por sua vez, exibe o gráfico de diferença da média do escore total da EEPa, a partir da comparação dos participantes que não faziam psicoterapia e dos que faziam.

Figura 1

Gráfico de diferença escore total EEPa grupo faz psicoterapia X não faz.

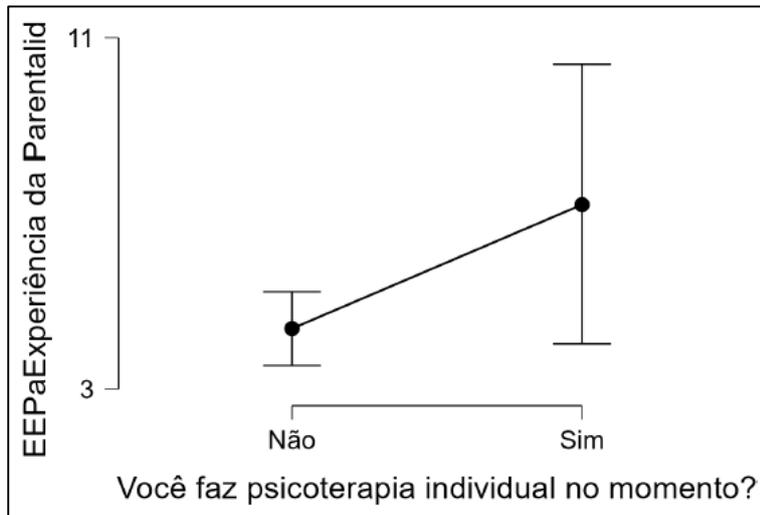


Fonte. Elaboração própria.

Na imagem a seguir (Figura 2) é apresentado o gráfico de diferença da média da variável satisfação parental (experiências positivas da parentalidade) da EEPa, a partir da comparação dos participantes que não faziam psicoterapia e dos que faziam.

Figura 2

Gráfico de diferença satisfação parental (EEPa) grupo faz psicoterapia X não faz.

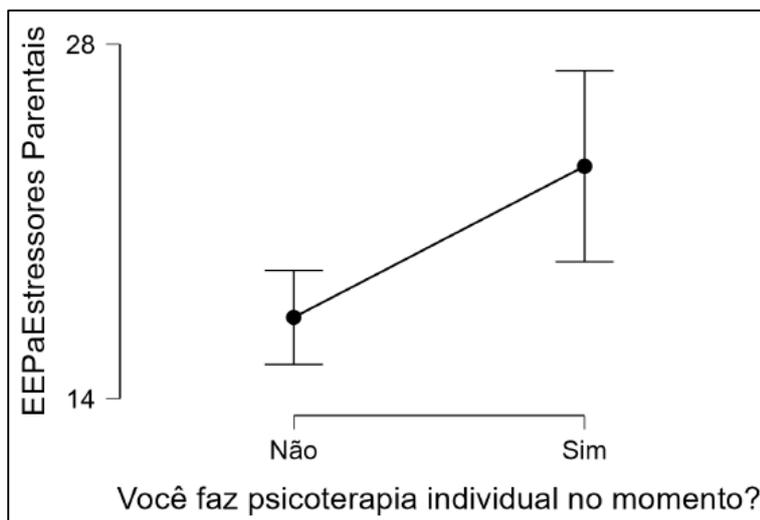


Fonte. Elaboração própria.

O gráfico apresentado abaixo (Figura 3) apresenta a diferença da média da variável estressores parentais da EEPa, por meio da comparação dos participantes que não faziam psicoterapia e dos que faziam.

Figura 3

Gráfico de diferença estressores parentais (EEPa) grupo faz psicoterapia X não faz.

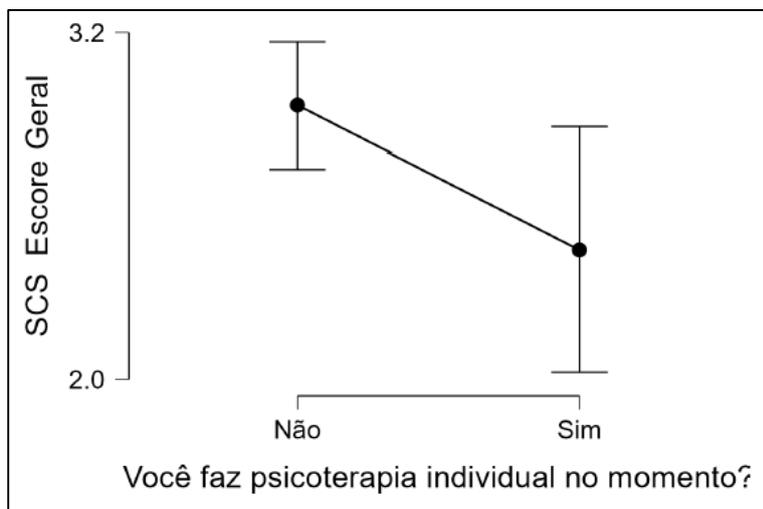


Fonte. Elaboração própria.

A Figura 4, por sua vez, exibe o gráfico de diferença da média do escore total da SCS, a partir da comparação dos participantes que não faziam psicoterapia e dos que faziam.

Figura 4

Gráfico de diferença escore total SCS grupo faz psicoterapia X não faz.

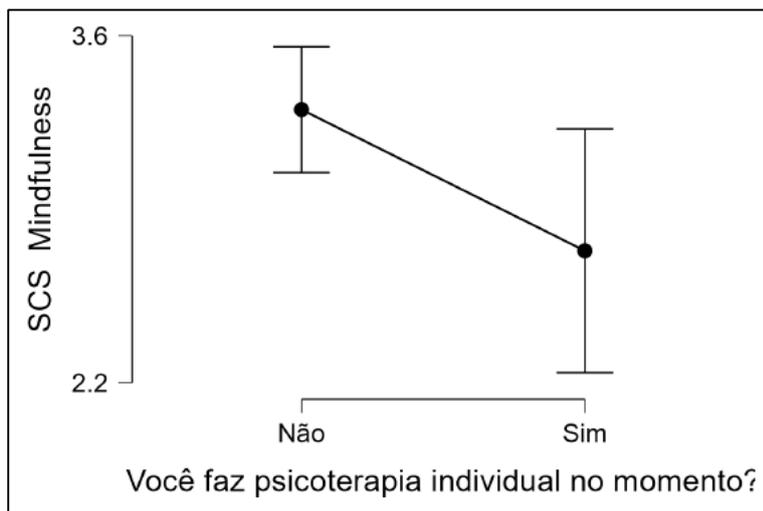


Fonte. Elaboração própria.

A Figura 5, por sua vez, exibe o gráfico de diferença da média da variável *mindfulness* da SCS, a partir da comparação dos participantes que não faziam psicoterapia e dos que faziam.

Figura 5

Gráfico de diferença *mindfulness* (SCS) grupo faz psicoterapia X não faz.



Fonte. Elaboração própria.

Com relação a variável trabalhar fora ou não trabalhar fora, a Tabela 4 apresenta o teste de diferenças entre quem não trabalhava e quem trabalhava fora. Neste aspecto, não foram identificadas diferenças significativas nos indicadores avaliados pelos instrumentos.

Tabela 4*Teste de comparação entre não trabalhar e trabalhar fora.*

	Grupo	N	Média	Dp	t	df	p
ET_EEPa	Não	26	23.69	10.43	0.61	75	0.540
	Sim	51	22.21	9.72			
ET_SCS	Não	26	2.8	0.92	-0.38	75	0.704
	Sim	51	2.88	0.85			
ET_EBEP	Não	26	144.53	29.32	-0.68	75	0.495
	Sim	51	149.70	32.17			

Fonte. Elaboração própria.

Nota. ET_EEPa = escore total escala de estresse parental; ET_SCS = escore total da escala de autocompaixão ET_EBEP = escore total da escala de bem-estar psicológico; N = número de participantes; Dp = desvio padrão; *t* = teste *t*; df = graus de liberdade; p = significância.

No presente estudo, testou-se três modelos de regressão: a) bem-estar geral; b) estresse parental (experiência) e; c) estresse parental (estresse). Assim, a Tabela 5 apresenta a predição do bem-estar geral. Como variáveis explicativas, foram selecionadas as dimensões de estresse parental e autocompaixão.

Tabela 5*Preditores de bem-estar geral.*

Variáveis	B	t	p
------------------	----------	----------	----------

Exper_Parental	-0.146	-0.1580	-0.119
Estr_Parental	-0.089	-0.890	0.376
Autobondade	0.126	0.869	0.388
Humanidade compartilhada	0.085	0.756	0.452
<i>Mindfulness</i>	0.212	1.425	0.159
Autocrítica severa	-0.110	-0.879	0.383
Isolamento	0.284	2.264	0.027
Superidentificação	0.147	0.949	0.376

Fonte. Elaboração própria.

Nota. Grifos nossos; B = coeficiente de regressão; t = teste t; p = significância.

O modelo de bem-estar geral foi explicado de maneira significativa pelo domínio isolamento da escala de autocompaixão, ou seja, tomando como parâmetro a pontuação invertida e os resultados alcançados, ter a característica de isolamento possibilitou uma experiência menor de bem-estar geral nos participantes do estudo.

A respeito dos preditores do domínio Experiências Positivas da Parentalidade (EPPa), a Tabela 6, apresenta como variáveis explicativas foram selecionadas dimensões de bem-estar geral e autocompaixão.

Tabela 6

Preditores experiências positivas da parentalidade.

Variáveis	B	t	p
------------------	----------	----------	----------

Autobondade	0.277	1.447	0.153
Hum_compar	0.138	0.908	0.367
<i>Mindfulness</i>	-0.283	-1.397	0.167
Aut_crítica	-0.205	-1.206	0.232
Isolamento	-0.137	-0.791	0.432
Superidentif	0.109	0.523	0.602
ET_EBEP	0.426	2.697	0.009

Fonte. Elaboração própria.

Nota. Grifos nossos; Hum_compar = humanidade compartilhada; Aut_crítica = autocrítica severa; Superidentif = superidentificação; ET_EBEP = escore total da escala de bem-estar psicológico; % = percentual; B = coeficiente de regressão; t = teste *t*; p = significância.

Com base na análise dos marcadores presentes na Tabela 6 é possível notar que o domínio de experiências positivas da parentalidade (EPPa) foi explicado de maneira significativa por bem-estar geral; dito de outra forma, o bem-estar possibilita uma experiência parental positiva maior e com mais frequência.

Em relação aos preditores do domínio de Estresse Parental (EPPa), a Tabela 7 apresenta como as variáveis explicativas foram selecionadas dimensões de bem-estar geral e autocompaixão.

Tabela 7

Preditores de estresse parental.

Variáveis	B	t	p
------------------	----------	----------	----------

Relação positiva com os outros	-0.135	-0.852	0.398
Autonomia	-0.178	-1.428	0.158
Domínio sobre o ambiente	-0.023	-0.155	0.877
Crescimento pessoal	0.131	0.876	0.384
Propósito de vida	-0.184	-1.071	0.288
Autoaceitação	-0.118	-0.573	0.569
Autobondade	0.19	0.671	0.505
Humanidade compartilhada	-0.106	-0.736	0.464
<i>Mindfulness</i>	-0.099	-0.503	0.616
Autocrítica severa	0.024	0.136	0.892
Isolamento	0.012	0.136	0.892
Superidentificação	-0.185	-0.923	0.360

Fonte. Elaboração própria.

Nota. B = coeficiente de regressão; t = teste t; p = significância.

O modelo de estresse parental (EPPa) não foi explicado de maneira significativa por bem-estar geral e aspectos de autocompaixão. Em linhas gerais, as variáveis do modelo não explicaram a experiência de estresse dos participantes.

4.2. Proposta de intervenção: participantes e análise das sessões

A estimativa inicial da proposta desse estudo era que fosse incluído um N de 30 participantes, e que o treinamento seria realizado em dois grupos contendo 15 participantes cada. No entanto, o treinamento contou com a realização de seis turmas, duas do período de agosto a setembro, duas de outubro até novembro, duas de novembro a dezembro do ano de 2022, para que se alcançasse uma amostra mínima necessária para as análises realizadas a partir dos instrumentos utilizados. Sendo que, realizou-se uma turma no período matutino, das 08:00 horas até as 10:00 horas e outra no vespertino, de 14:00 horas até às 16:00 horas.

Além disso, em quatro turmas os encontros foram realizados nas quintas-feiras (turmas que iniciaram em agosto e outubro e finalizaram em setembro e novembro, respectivamente) e duas turmas tiveram as sessões implementadas aos sábados (turmas que iniciaram em novembro e finalizaram em dezembro).

No entanto, mesmo com os procedimentos adotados entre a inscrição e o início dos grupos (descritos na seção de procedimento), o número de participantes que efetivamente iniciou o treinamento após as inscrições (e alcance dos critérios de inclusão na amostra), foi pequeno, configurando uma desistência antes mesmo do início da intervenção, conforme pode ser visto na Tabela 8.

Tabela 8

Descrição das turmas do treinamento e participantes.

Grupo	Data de início	Data de término	Número de pessoas inscritos	Número de pessoas que efetivamente começaram o treinamento	Número de pessoas que terminaram o treinamento
Grupo 1 – quintas pela manhã	11/08/2022	08/09/2022	12	5	1
Grupo 2 – quintas a tarde	11/08/2022	08/09/2022	17	9	2
Grupo 3 – quinta pela manhã	20/10/2022	17/11/2022	12	4	4
Grupo 4 – quintas a tarde	20/10/2022	17/11/2022	9	2	1
Grupo 5 – sábados pela manhã	12/11/2022	17/12/2022	18	3	2
Grupo 5 – sábados a tarde	12/11/2022	17/12/2022	11	6	1

Fonte. Elaboração própria.

O treinamento em autocompaixão foi composto por cinco encontros, sendo que cada sessão teve duração de duas horas e intervalo de dez minutos. O treinamento foi organizado de forma que cada sessão apresentava uma estrutura, a saber: na primeira sessão realizou-se a apresentação do facilitador, das assistentes de pesquisa e dos participantes, seguido da discussão das temáticas e finalizando com a apresentação das tarefas de casa. No 2º até o 4º encontro, as sessões foram iniciadas com uma prática de *mindfulness* com duração aproximada de dois a cinco minutos, seguindo com a escuta dos participantes sobre as suas experiências com a realização das tarefas de casa e após a discussão foi dada continuidade aos temas abordados no treinamento, sendo o encerramento feito com a apresentação das práticas de tarefa de casa. O 5º encontro foi iniciado com preenchimento do questionário pós-

teste, seguido com a discussão dos temas propostos para esse encontro e finalizado com uma despedida e agradecimentos.

Cada encontro possuía um objetivo geral, sendo abordado temáticas diferentes e realizadas práticas de *mindfulness* e autocompaixão relacionadas aos temas propostos. As vivências conduzidas com os participantes incluíam práticas formais e informais. A **primeira sessão** teve como objetivo conhecer os participantes, discutir sobre prática parental e estressores relacionados à parentalidade e introduzir os pilares da Autocompaixão. Nessa sessão foi discutido inicialmente sobre os desafios da parentalidade, experiências de estresse vivenciadas na parentalidade atípica e situações que poderiam contribuir para a diminuição do bem-estar psicológico e autocompaixão nos participantes.

Durante a explicação dessas temáticas e ao introduzir sobre o conceito de autocobrança, muitas mães descreveram que se viam realizando tal papel, isto é, se julgar e se criticar pelas dificuldades que apresentam ao longo da parentalidade, e de se culparem por se sentirem cansadas, frustradas e esgotadas e por não terem tempo para cuidarem de si mesmos ou se priorizarem em algum momento.

O **segundo encontro** teve como premissa apresentar a habilidade de *mindfulness* e conexão genuína com o momento presente em detrimento de se superidentificar com o sofrimento ou as dificuldades da vida. Ao longo do encontro foi apresentado aos participantes o conceito de autocritica e sua fisiologia e o impacto do julgamento severo a respeito de si mesmos para a sua prática parental (rever tabela 1). A sessão incluiu, assim, a discussão sobre a habilidade de *mindfulness* e o quanto ela é importante para que seja possível trabalhar a autocompaixão. Por fim, o encontro foi finalizado com a discussão sobre o conceito e o processo de *backdraft*. Com a premissa de exemplificar o processo do *backdraft* foi utilizado a metáfora do corpo de bombeiros que foi desenvolvida pelo Christopher Germer (Neff & Germer, 2019) para explicar esse processo. Durante esse encontro muitos participantes

indicaram o como era difícil se manter presente nas coisas que faziam, que com frequência se viam imersos em seus pensamentos e o quanto isso impactava no relacionamento consigo mesmos e na relação com seus filhos.

A *terceira sessão* teve como proposta discutir sobre Autobondade e contribuições para qualidade de vida versus autocrítica severa. No encontro foi dada continuidade à discussão sobre a autocrítica, iniciada no encontro anterior, e como esse processo cria rigidez comportamental para as pessoas e, conseqüentemente, aumenta o seu sofrimento. Ao longo da sessão os participantes descreveram que muitas vezes se culpavam pelas dificuldades de suas crianças, por não ter uma rede de apoio, além de ficarem vigilantes com relação aos seus erros, pois precisavam fazer o seu melhor sempre e continuamente priorizar o seu filho.

Já no *quarto encontro* buscou-se dialogar sobre comportamentos de isolamento diante das dificuldades e como a noção de humanidade compartilhada contribui para qualidade de vida e uma conexão social maior dos cuidadores de crianças autistas. Além de oferecer recursos para momentos de sobrecarga emocional. As discussões realizadas na sessão abarcavam o tema do isolamento que mães e pais de crianças autistas podem apresentar diante de situações de sofrimento. Versou-se que, com frequência, as pessoas diante de situações de dificuldades e sofrimento se sentem desajustadas emocional e socialmente e a partir disso apresentam comportamentos de se isolar e acreditam que são as únicas pessoas que estão passando por determinado sofrimento.

Não obstante, foi trabalhado a noção e habilidade de humanidade compartilhada além de outros recursos, no formato de práticas de autocompaixão e *mindfulness* para que os participantes pudessem lidar com situações ao longo do seu dia a dia que gerassem sobrecarga emocional. A humanidade compartilhada pode transmitir aos participantes que todos os seres humanos e não humanos, presentes na terra, estão conectados de alguma forma, por mais que esses possam não ter consciência disso. Além disso, ao discutir sobre

essa temática foi apresentado aos participantes que a humanidade compartilhada abraça as nossas imperfeições enquanto seres humanos, que a necessidade de ser perfeito acaba distanciando a pessoa de quem ela realmente é, daqueles que lhe são importantes e, conseqüentemente, aumenta o seu isolamento. A esse respeito, uma participante, de uma das turmas, compartilhou uma frase importante *“na imperfeição, no inesperado podemos ter experiências legais”* (Participante 7), refletindo que é possível que as pessoas aprendam a não ser perfeitas e ter momentos de dificuldades na parentalidade não as tornam uma pessoa melhor ou pior, apenas destaca a condição de que ela é humana.

Ao finalizar a sessão 4, uma das participantes entrou em contato com o facilitador do treinamento, através de mensagem via WhatsApp® e descreveu sobre as mudanças que tem observado em sua vida a partir do treinamento, tal como, mediante a continuidade das vivências de autocompaixão e *mindfulness* entre uma sessão e outra, através das tarefas de casa e das práticas e exercícios aprendidos durante a sessão: *“Eu virei a louca dos bilhetinhos kkkk pequenas frases coladas pra todos os lados, pra me lembrar sempre que não sou um robô e tenho direito de parar pra respirar e tenho o direito de não fazer nada de vez em quando sem me sentir culpada ☐☐ posso errar e não estar bem que está tudo bem”* e *“Obrigada por tudo ☐ o seu treinamento realmente mudou minha forma de ver a vida 😊”* (Participante 10).

Nas sessões 2, 3 e 4 o treinamento contemplou um componente que envolvia que os participantes compartilhassem como estava sendo a sua experiência ao realizar as práticas de casa entre uma semana e outra. A discussão tinha como premissa dar apoio e encorajar os participantes a realizarem as práticas entre as sessões de treinamento, bem como, implementá-las em outros contextos ou situações. No entanto, em todas as seis turmas observou-se uma baixa adesão dos participantes em realizar as práticas de casa entre uma

sessão e outra, bem como, em relatar sobre suas experiências ao realizar as práticas, tanto nas realizadas durante os encontros como nas que deveriam ser realizadas como tarefas de casa.

Por fim, o *quinto* e último *encontro* teve como objetivo realizar o encerramento do treinamento, além de reforçar a conexão e os benefícios da autocompaixão para a prática parental de mães e pais de crianças e adolescentes com TEA e discutir sobre as contribuições da autocompaixão para os filhos. Um dos ensinamentos compartilhados através dessa sessão foi que as mãos, pais e cuidadores de crianças autistas terão feridas e cicatrizes emocionais e que essas podem ser curadas e amparadas com autocompaixão.

4.3 Comparação de indicadores de estresse, bem-estar e autocompaixão antes e após a intervenção

Participaram do estudo desde a fase pré-teste até a pós-teste 10 adultos (8 mulheres e 2 homens). A média de idade dos participantes foi de 41,70 anos (desvio padrão 5,75 anos). Em termos de função parental, o grupo foi formado por mães da criança com TEA (N = 8) e pais com criança com TEA (N= 2). A carga horária média de trabalho dos cuidadores foi de 18,30 horas (desvio padrão 17,60 horas). Nenhum dos pais declarou fazer terapia individual no momento da pesquisa. A Tabela 10 apresenta outras informações relevantes a respeito da amostra.

Tabela 9

Aspectos sociodemográficos da amostra que finalizou a intervenção.

Pergunta	
Tempo de diagnóstico da criança	F
Entre 3 e 4 anos	3
Há mais de 1 ano	2
Há mais que 6 anos	2
Menos de 1 ano	3
Profissional que diagnosticou	F
Neurologista	1
Neuropediatra	6
Psiquiatra	3
Nível de funcionamento da criança	F
Nível 1	5
Nível 2	2
Nível 3	2
Não sei dizer	1
A criança faz terapia	F
Sim	7
Não	3

Fonte. Elaboração própria.

Nota. F = frequência.

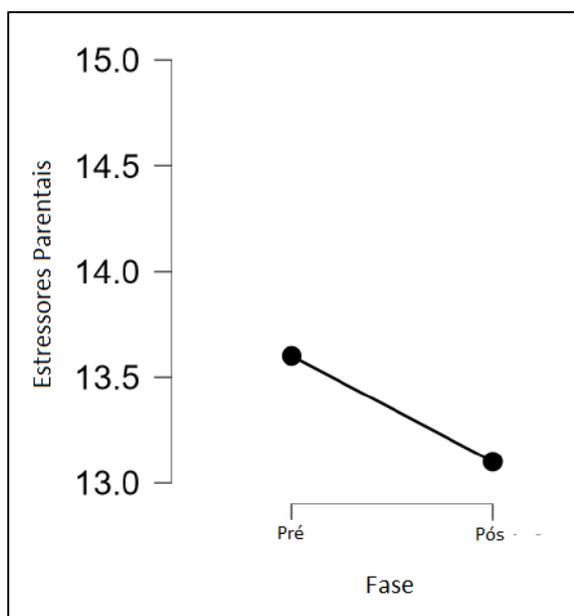
A apresentação dos resultados está organizada por construtos (estresse parental, bem-estar psicológico e autocompaixão). Além disso, a análise dos dados foi dividida em duas partes: 1) aspectos descritivos (média, desvio padrão e mediana entre pré e pós intervenção; e 2) testes estatísticos (anova de medidas repetidas).

4.3.1 Estresse parental

A seguir são apresentadas as Figuras 6, 7 e 8 que exibem a comparação de pré e pós intervenção entre as variáveis avaliadas.

Figura 6

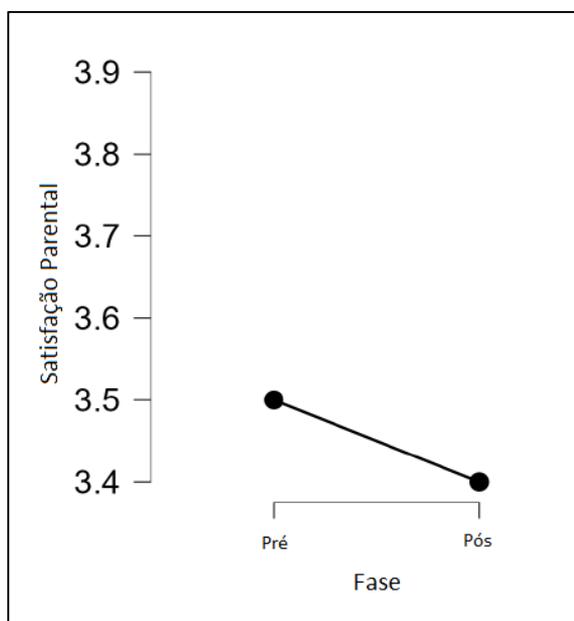
Pré e Pós intervenção na dimensão de Estresse Parental EEPa.



Fonte. Elaboração própria.

Figura 7

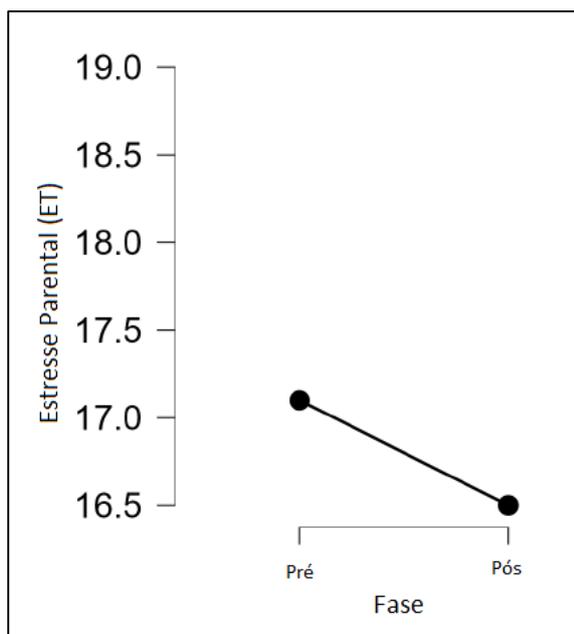
Pré e Pós intervenção na dimensão de Satisfação Parental na EEPa.



Fonte. Elaboração própria.

Figura 8

Pré e Pós intervenção no Escore Total da EEPa.



Fonte. Elaboração própria.

Com base na análise dos gráficos presentes nas Figuras 6, 7 e 8 observa-se que não houve mudanças percebidas com significância estatística nas pontuações pré e pós intervenções nos indicadores do domínio de estresse parental, bem como em experiências positivas da parentalidade.

A Tabela 10 apresenta os dados descritivos de pré e pós intervenção para bem estresse parental e suas dimensões.

Tabela 10

Aspectos descritivos da Escala de Estresse Parental (EPPa).

	Fase	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Satisfação Parental	Pré	3.5	3	2.84	1	10
	Pós	3.4	2	3.06	0	10
Estressores Parentais	Pré	13.6	13	6.95	3	24
	Pós	13.1	13	7.45	0	26
Escore Total	Pré	17.1	15.5	8.47	6	34
	Pós	16.5	18	9.81	0	36

Fonte. Elaboração própria.

Nota. DP = desvio padrão.

Com base na análise descritiva de média (Tabela 10), identifica-se diferenças estatísticas mínimas entre as pontuações de estresse parental e seus domínios nos períodos de pré e pós avaliação. As diferenças não foram significativas estatisticamente e devido ao tamanho da amostra a mudança das pontuações não pode ser atribuída aos aspectos da intervenção.

As diferenças entre os 2 domínios específicos e geral de estresse parental entre pré e pós intervenção foram verificadas pelo teste de Friedman de anovas repetidas. A Tabela 11 apresenta os testes realizados.

Tabela 11

Teste de Friedman (anova de medidas repetidas) dos indicadores da EEPa.

	Fase	Média	Mediana	F	X ²	gl	p	n ² G
Satisfação Parental	Pré	3.5	3.0	0,05	0,05	1	0,83	0,0
	Pós	3.4	2.0					
Estressores Parentais	Pré	13.6	13.0	0,11	1,2	1	0,75	0
	Pós	13.1	13.0					
Escore Total	Pré	17.1	15.5	0,12	1,80	1	0,74	0
	Pós	16.5	18					

Fonte. Elaboração própria.

Nota. F = frequência; X² = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; p = significância; n²G = teste de efeito para pequenas amostras.

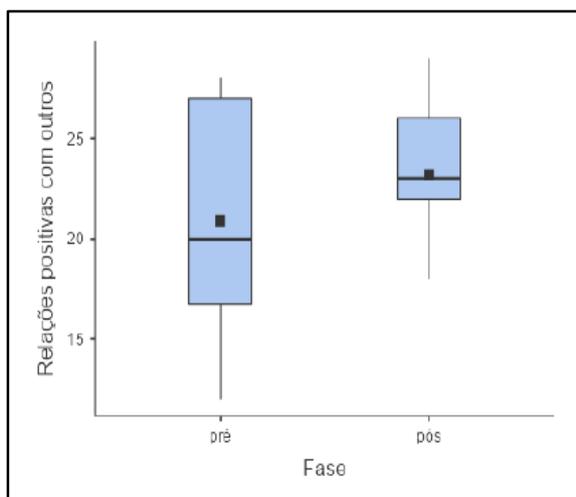
Com base nos resultados entre pré e pós intervenção nos aspectos de estresse parental, não foram observadas evidências de que a intervenção comportamental desenvolvida teve efeitos significativos de mudança nos domínios geral e específico da escala (Tabela 11).

4.3.2. Bem-estar psicológico

A seguir são apresentadas as figuras comparativas de pré e pós avaliação entre as variáveis avaliadas.

Figura 9

Pré e Pós intervenção dimensão relações positivas com outros do instrumento.

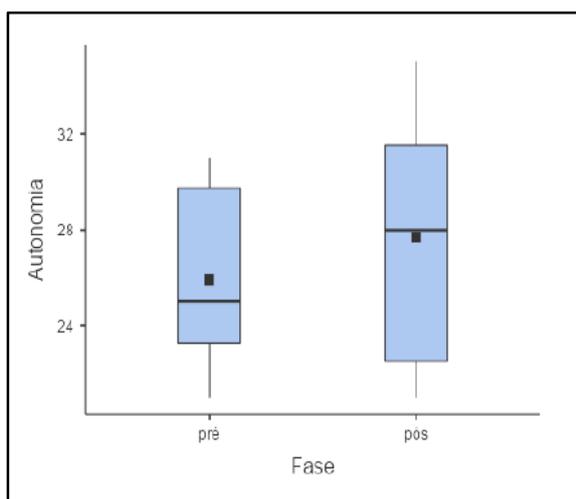


Fonte. Elaboração própria.

Percebe-se com base na Figura 9 que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção para a dimensão relações positivas com os outros. A pontuação média dos participantes saiu de 20,9 pontos na fase de pré, para 23,2 na fase pós intervenção.

Figura 10

Pré e Pós intervenção domínio autonomia do instrumento.

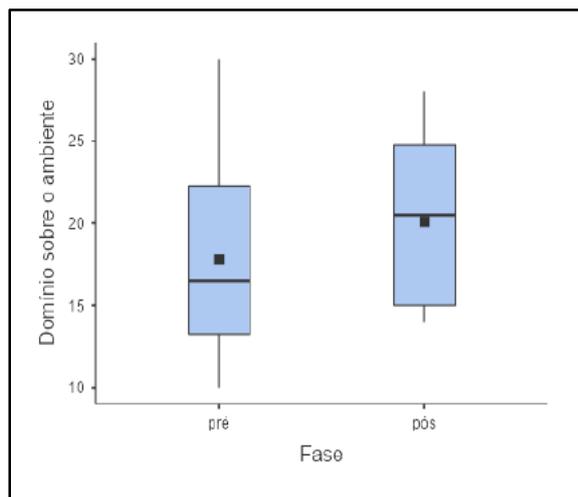


Fonte. Elaboração própria.

Na dimensão autonomia, percebe-se, com base na Figura 10, que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção. A pontuação média dos participantes saiu de 25,9 pontos na fase de pré, para 27,7 na fase pós intervenção.

Figura 11

Pré e Pós intervenção domínio sobre o ambiente.

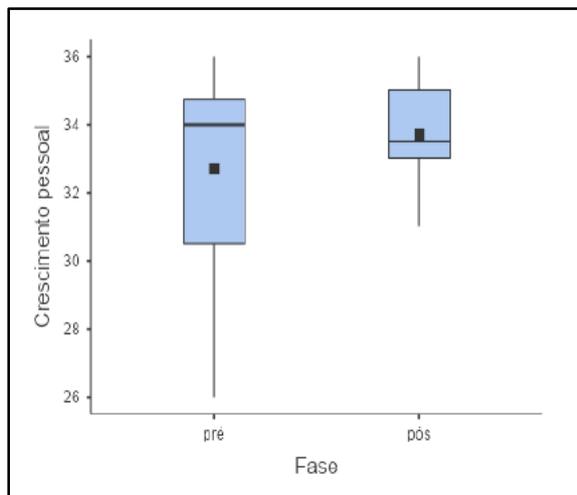


Fonte. Elaboração própria.

Já com base na Figura 11 observa-se que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção na dimensão domínio sobre o ambiente. A pontuação média dos participantes saiu de 17,8 pontos na fase de pré, para 20,1 na fase pós intervenção.

Figura 12

Pré e Pós intervenção no domínio crescimento pessoal.

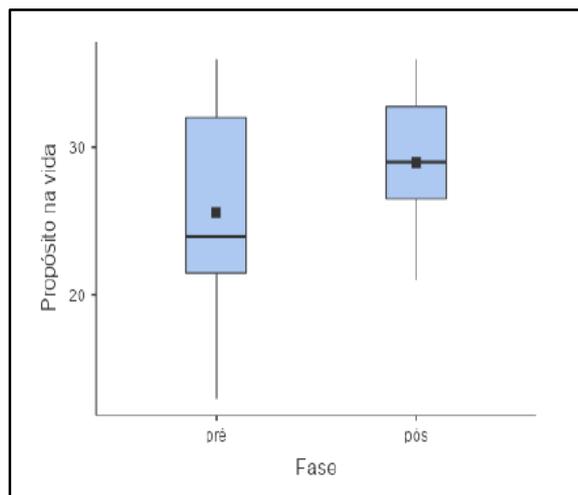


Fonte. Elaboração própria.

No que se refere à dimensão crescimento pessoal, observa-se que houve um aumento das pontuações de média entre a fase de pré e pós intervenção, conforme pode ser visto na Figura 12. A pontuação média dos participantes saiu de 32,7 pontos na fase de pré, para 33,7 na fase pós intervenção.

Figura 13

Pré e Pós intervenção no domínio propósito na vida.

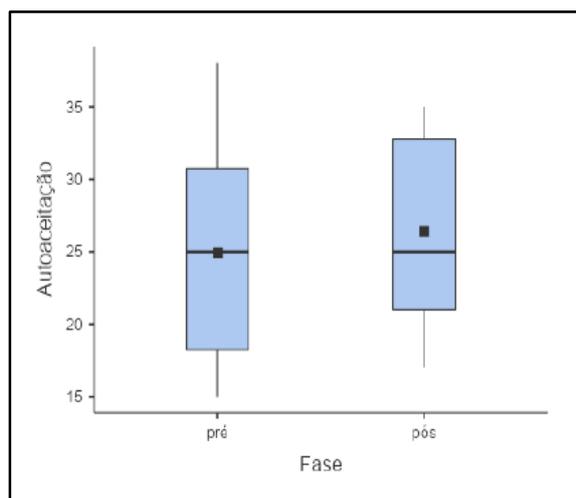


Fonte. Elaboração própria.

Com relação ao propósito de vida, percebe-se com base na Figura 13 que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção. A pontuação média dos participantes saiu de 25,6 pontos na fase de pré, para 29,0 na fase pós intervenção.

Figura 14

Pré e Pós intervenção no domínio autoaceitação.

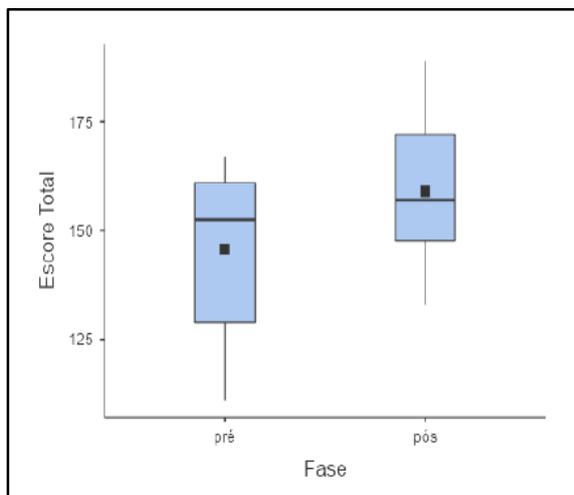


Fonte. Elaboração própria.

A Figura 14, por sua vez, descreve a mudança nos escores da dimensão autoaceitação. Assim, houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção, na medida em que a pontuação média dos participantes saiu de 24,9 pontos na fase de pré, para 26,4 na fase pós intervenção.

Figura 15

Pré e Pós intervenção escore geral de bem-estar psicológico.



Fonte. Elaboração própria.

No que se refere ao escore geral de bem-estar psicológico, a pontuação média dos participantes saiu de 145,8 pontos na fase de pré, para 159,1 na fase pós intervenção. Assim, percebe-se que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção, conforme pode ser visto na Figura 15.

A Tabela 12 apresenta os dados descritivos de pré e pós intervenção para bem-estar psicológico e suas dimensões.

Tabela 12*Aspectos descritivos da Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP).*

	Fase	N	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Relações positivas com os outros	Pré	10	20.9	20.0	5.95	12	28
	Pós	10	23.2	23.0	3.65	18	29
Autonomia	Pré	10	25.9	25.0	3.84	21	31
	Pós	10	27.7	28	5.31	21	35
Domínio sobre o ambiente	Pré	10	17.8	16.5	6.46	10	30
	Pós	10	20.1	20.5	5.30	14	28
Crescimento pessoal	Pré	10	32.7	34.0	3.20	26	36
	Pós	10	33.7	33.5	1.57	31	36
Propósito de vida	Pré	10	25.6	24.0	7.32	13	36
	Pós	10	29.0	29.0	4.99	21	36
Autoaceitação	Pré	10	24.9	25.0	8.02	15	38
	Pós	10	26.4	25.0	6.67	17	35
Escore Total	Pré	10	145.8	152.5	19.30	111	167
	Pós	10	159.1	157.0	18.47	133	189

Fonte: Elaboração própria.*Nota.* DP = desvio padrão.

Com base na análise descritiva de média e mediana, identifica-se diferenças entre as pontuações de escores de bem-estar psicológico entre os períodos de pré e pós avaliação (Tabela 12).

As diferenças entre os 6 domínios específicos e geral de bem-estar psicológico entre pré e pós intervenção foram verificados pelo teste de Friedman de anovas repetidas. Na Tabela 13 são exibidos os testes realizados.

Tabela 13

Teste de Friedman (anava de medidas repetidas) dos indicadores da EBEP.

	Fase	Média	Mediana	F	X ²	gl	p	n ² G
Relações positivas com os outros	Pré	20.9	20.0	6,99	26,45	1	0,02*	0,05
	Pós	23.2	23.0					
Autonomia	Pré	25.9	25.0	4,73	16,2	1	0,06	0,04
	Pós	27.7	28.0					
Domínio sobre o ambiente	Pré	17.8	16.5	1,72	26,5	1	0,22	0,04
	Pós	20.1	20.5					
Crescimento pessoal	Pré	32.7	34.0	1,32	5	1	0,30	0,04
	Pós	33.7	33.5					
Propósito de vida	Pré	25.6	24.0	5,24	57,8	1	0,04*	0,07
	Pós	29.0	29.0					
Autoaceitação	Pré	24.9	25.0	1,23	11,25	1	0,30	0,01
	Pós	26.4	25.0					
Escore Total	Pré	145.8	152.5	10.6	884,5	1	0,01*	0,12
	Pós	159.1	157.0					

Fonte. Elaboração própria.

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$); F = frequência; X² = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; p = significância; n²G = teste de efeito para pequenas amostras.

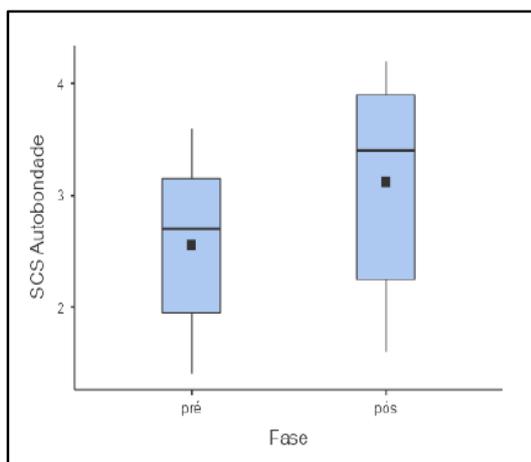
Com base nos resultados entre pré e pós intervenção nos aspectos de bem-estar psicológico, foram observadas evidências de que a intervenção comportamental desenvolvida (em caráter de um treinamento de autocompaixão) teve efeito significativos de mudança no escores geral, propósito de vida e relações positivas com outros.

4.3.3. Autocompaixão

A seguir são apresentadas as figuras comparativas de pré e pós avaliação entre as variáveis dimensionais avaliadas no construto autocompaixão.

Figura 16

Pré e Pós intervenção no domínio de autobondade.

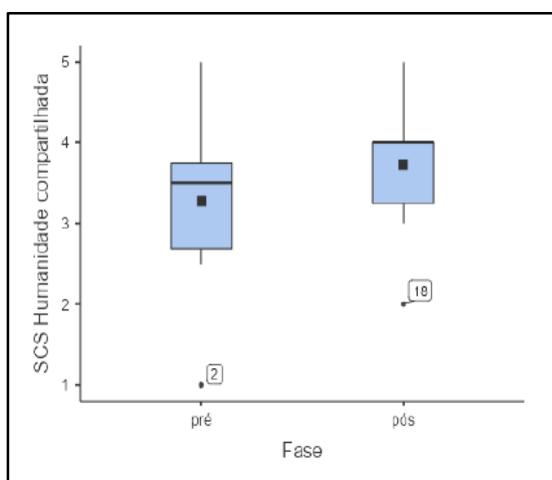


Fonte. Elaboração própria.

Com relação à autobondade, nota-se com base na Figura 16 que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção. A pontuação média dos participantes saiu de 2,56 pontos na fase de pré, para 3,12 na fase pós intervenção.

Figura 17

Pré e Pós intervenção no domínio de humanidade compartilhada.

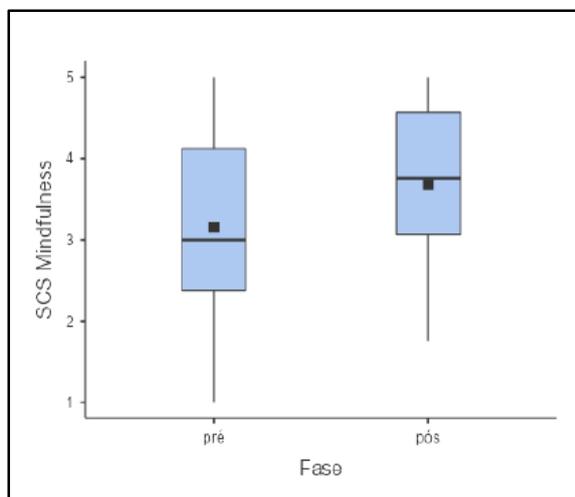


Fonte. Elaboração própria.

Com base na Figura 17, é possível observar que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção no domínio humanidade compartilhada. A pontuação média dos participantes saiu de pontos 3,27 na fase de pré, para 3,73 na fase pós intervenção. Observam-se 2 participantes em situação de caso extremo (participante 2 na pré-avaliação e; 8 na pós-avaliação). As pontuações destes participantes podem ter tido interferência na não significância do teste estatístico.

Figura 18

Pré e Pós intervenção no domínio de mindfulness.

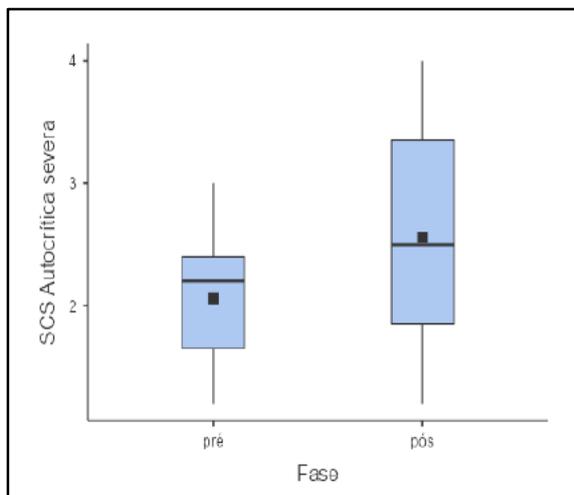


Fonte. Elaboração própria.

No que se refere ao domínio de *mindfulness*, contata-se com base na Figura 18 que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção. A pontuação média dos participantes saiu de 3,15 pontos na fase de pré, para 3,67 na fase pós intervenção.

Figura 19

Pré e Pós intervenção no domínio de autocrítica severa.

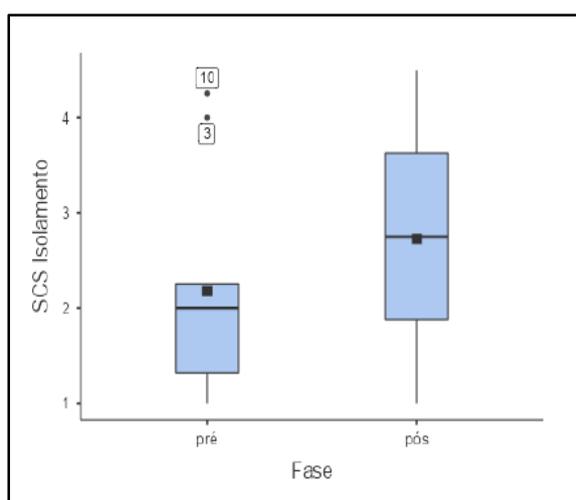


Fonte. Elaboração própria.

Já em autocrítica severa, percebe-se com base na Figura 19 que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção. A pontuação média dos participantes saiu de 2,06 pontos na fase de pré, para 2,56 na fase pós intervenção.

Figura 20

Pré e Pós intervenção no domínio de isolamento.



Fonte. Elaboração própria.

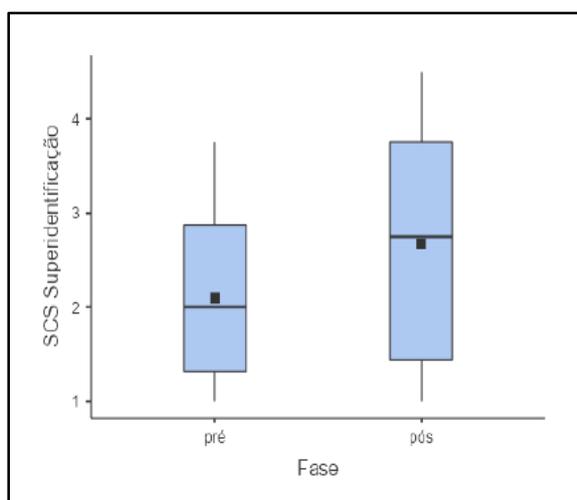
Com relação ao isolamento, nota-se a partir da Figura 20 que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção. A pontuação média dos

participantes saiu de 2,17 pontos na fase de pré, para 2,73 na fase pós intervenção.

Observam-se 2 participantes com pontuações discrepantes na fase pré intervenção (participante 3 e 10) – em uma linguagem simples, a avaliação destes participantes aumentou demasiadamente a percepção do grupo – podendo intervir na não significância do teste de comparação.

Figura 21

Pré e Pós intervenção no domínio de superidentificação.



Fonte. Elaboração própria.

No domínio superidentificação percebe-se, com base na Figura 21, que houve um aumento das pontuações de mediana e média entre a fase de pré e pós intervenção. A pontuação média dos participantes saiu de 2,10 pontos na fase de pré, para 2,67 na fase pós intervenção.

No que se refere à análise comparativa dos indicadores de autocompaixão dos participantes, a Tabela 14 apresenta os dados descritivos de pré e pós intervenção para dimensões de autocompaixão. Conforme recomendações para correção do instrumento, as pontuações das subescalas foram alcançadas por meio da somatória dos pontos dos itens referente a cada indicador, dividido pelo número de questões que avaliam esses.

Tabela 14

Aspectos descritivos da autocompaixão com base na Escala de Autocompaixão (SCS - Self-Compassion Scale).

	Fase	N	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	<i>p</i> valor
Autobondade	Pré	10	2.56	2.70	0.747	1.40	3.60	0,14
	Pós	10	3.12	3.40	0.990	1.60	4.20	
Humanidade Compartilhada	Pré	10	3.27	3.50	1.083	1.00	5.00	0,26
	Pós	10	3.73	4.00	0.878	2.00	5.00	
<i>Mindfulness</i>	Pré	10	3.15	3.00	1.243	1.00	5.00	0,21
	Pós	10	3.67	3.75	1.021	1.75	5.00	
Autocrítica Severa	Pré	10	2.06	2.20	0.604	1.20	3.00	0,18
	Pós	10	2.56	2.50	0.974	1.20	4.00	
Isolamento	Pré	10	2.17	2.00	1.118	1.00	4.25	0,11
	Pós	10	2.73	2.73	1.175	1.00	4.50	
Superidentificação	Pré	10	2.10	2.00	0.944	1.00	3.75	0,17
	Pós	10	2.67	2.75	1.259	1.00	4.50	

Fonte. Elaboração própria.

Nota. DP = desvio padrão.

Com base na análise descritiva de média, identifica-se diferenças mínimas entre as pontuações de autocompaixão nos momentos de pré e pós intervenção (Tabela 14). Esta ausência de diferenças é corroborada pela ausência de diferenças estatisticamente significativas no domínio. Apesar da ausência de diferenças significativas é possível identificar individualmente que participantes em específico obtiveram alterações nos aspectos de autocompaixão, conforme será relatado na seção que descreve os resultados da avaliação da intervenção pelos participantes.

As diferenças entre os 6 domínios específicos de autocompaixão entre pré e pós intervenção foram verificadas pelo teste de Friedman de anovas repetidas. A Tabela 15 apresenta os testes realizados.

Tabela 15

Teste de Friedman (anova de medidas repetidas) da SCS.

	Fase	Média	Mediana	F	X ²	gl	p	n ² G
Autobondade	Pré	2.56	2.70	2,60	1,58	1	0,14	0,11
	Pós	3.12	3.40					
Humanidade Compartilhada	Pré	3.27	3.50	1,43	1,11	1	0,26	0,05
	Pós	3.73	4.00					
<i>Mindfulness</i>	Pré	3.15	3.00	1,76	1,37	1	0,21	0,06
	Pós	3.67	3.75					
Autocrítica Severa	Pré	2.06	2.20	2,11	1,25	1	0,18	0,09
	Pós	2.56	2.50					
Isolamento	Pré	2.17	2.00	3,08	1,51	1	0,11	0,06
	Pós	2.73	2.73					
Superidentificação	Pré	2.10	2.00	2,16	1,65	1	0,17	0,07
	Pós	2.67	2.75					

Fonte. Elaboração própria.

Nota. F = frequência; X² = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; p = significância; n²G = teste de efeito para pequenas amostras.

Com base nos resultados entre pré e pós intervenção nos aspectos de autocompaixão, não foram observadas evidências de que a intervenção comportamental desenvolvida teve efeitos significativos de mudança neste domínio. É importante lembrar que neste construto houve casos discrepantes que superestimaram os domínios na fase de pré-avaliação – não havendo ferramenta estatística para solução deste problema.

4.4. Avaliação da intervenção: Dados do instrumento de avaliação pós-intervenção

O Questionário *de Avaliação da Intervenção* possuía algumas questões que avaliavam a importância e o impacto da intervenção para os participantes em uma escala *likert* de 0 a 10. Conforme as respostas fornecidas pelos participantes, a intervenção teve um impacto positivo em suas vidas e pode-se observar que participar da intervenção foi importante para eles (ver Tabela 16)

Tabela 16

Dados objetivos do Questionário de Avaliação da Intervenção.

Pergunta	Média
Importância de participar da intervenção	10
Impacto positivo da intervenção em autocompaixão na vida	9,8
Impacto negativo da intervenção em autocompaixão na vida	1,5

Fonte. Elaboração própria.

Junto a isso, para análise das questões abertas ou discursivas presentes no questionário foram estabelecidas e definidas oito categorias temáticas para análise de conteúdo, sendo elas: 1) Desconforto com o treinamento; 2) Impactos do treinamento; 3) Humanidade compartilhada; 4) Autocompaixão e relacionamento consigo mesmo; 5) Autocompaixão, bem-estar psicológico e qualidade de vida; e 6) Autocompaixão e relacionamento com a criança (Tabela 17).

Tabela 17*Categorias temáticas.*

Categorias	Descrição geral da categoria	Pergunta nas quais a categoria se fez presente
Desconforto com o treinamento	Sensações, pensamentos, emoções, memórias desconfortáveis ou ações que foram evocadas a partir da discussão dos temas e/ou realização das práticas e exercícios durante o treinamento (nas sessões) e entre um encontro e outro.	Você se sentiu desconfortável com alguma temática abordada no treinamento? Você poderia explicar sua resposta? (pergunta 4 - seção 1) Você se sentiu desconfortável ao realizar alguma atividade ou prática no treinamento? Você poderia explicar sua resposta? (pergunta 5 - seção 1)
Impactos do treinamento	Percepções a respeito das mudanças e transformações que os participantes identificaram na sua vida a partir da realização do treinamento em autocompaixão.	Descreva, se possível, quais os principais impactos positivos que você avalia que o treinamento em autocompaixão teve em sua vida. (pergunta 2 - seção 2) Descreva, se possível, quais os principais impactos negativos que você avalia que o treinamento em autocompaixão teve em sua vida. (pergunta 4 - seção 2)
Humanidade compartilhada	Um dos processos centrais da autocompaixão que reconhece a conexão da pessoa com os demais seres vivos (humanos e não humanos) e valida que a experiência de sofrimento é humana e não única da pessoa que sofre.	De modo geral, o que você achou da intervenção em autocompaixão? (pergunta 2 - seção 1) Quais foram os pontos mais relevantes que você percebeu da intervenção? (pergunta 3 - seção 1) Descreva, se possível, quais os principais impactos positivos que você avalia que o treinamento em autocompaixão teve em sua vida. (pergunta 2 - seção 2)
Autocompaixão e relacionamento consigo mesmo	Mudanças identificadas pelos participantes no relacionamento consigo mesmos, na tratativa direcionada a si próprios a partir do treinamento, no que se refere a diminuição da autocrítica e autocobrança e aumento da bondade consigo	De modo geral, o que você achou da intervenção em autocompaixão? (pergunta 2 - seção 1) Quais foram os pontos mais relevantes que você percebeu da intervenção? (pergunta 3 - seção 1) Você considera que o treinamento em autocompaixão contribuiu para mudar a forma como você se relaciona consigo mesmo(a)? Você

	mesmos, autoaceitação e clarificação dos seus limites	poderia explicar sua resposta? (pergunta 5 - seção 2)
Autocompaixão, bem-estar psicológico e qualidade de vida	Alterações percebidas pelos participantes no seu bem-estar psicológico, satisfação e qualidade de vida a partir do treinamento.	Você considera que o treinamento em autocompaixão contribuiu para mudar a forma como você se relaciona consigo mesmo(a)? Você poderia explicar sua resposta? (pergunta 5 - seção 2) Você considera que o treinamento em autocompaixão contribuiu para sua qualidade de vida e bem-estar psicológico? Você poderia explicar sua resposta? (pergunta 6 - seção 2)
Autocompaixão e relacionamento com a criança	Transformações notadas pelos participantes no relacionamento com seus filhos a partir do treinamento.	Você considera que o treinamento em autocompaixão contribuiu na melhoria do seu relacionamento com seu filho e(ou) com seu parceiro? Você poderia explicar sua resposta? (pergunta 7 - seção 2)

Fonte. Elaboração própria.

Com relação a análise descrita exibida na Tabela 18, na categoria nomeada como ***Desconforto com o treinamento*** foram considerados relatos dos participantes sobre seus sentimentos, emoções, pensamentos, sensações e percepções desconfortáveis que pudessem ter sido eliciadas e evocadas a partir das experiências do treinamento. Essa categoria engloba tanto desconfortos relacionados à discussão dos temas propostos em cada sessão, como desconfortos que os participantes sentiram ao realizar as práticas durante os encontros. No que se refere ao desconforto com as temáticas, a maioria dos participantes não indicaram sentir desconforto com os temas e conteúdos abordados a cada sessão. Todavia, o participante 6 relatou que “*Me senti desconfortável com todas as temáticas, porque realmente me convidam a olhar para as minhas dores. No entanto, foi necessário e consegui alguns avanços, além de algumas limitações*”.

Em relação ao desconforto com as práticas, grande parte dos participantes não relatou impactos negativos das práticas realizadas durante os encontros. Observou-se que, em sua maioria, os participantes descreveram que gostaram de realizar as práticas e que essas foram

muito importantes e fizeram sentido para a sua prática parental, contribuindo, ainda, para conectá-los com o momento presente. O Participante 7, por exemplo, relatou: *“Não me senti. Explorei diversos sentimentos, mas não me senti desconfortável”*, junto a isso, o Participante 2 indicou, sobre as práticas que: *“Todas foram maravilhosas. Foi um momento de parar para cuidar de mim. Ficava leve após as práticas”*. Contudo, um participante trouxe um relato importante apontando como havia se sentido desconfortável em uma prática. Enquanto este participante realizava a prática, um pote de sal em sua casa se quebrou e o mesmo juntou os cacos do vidro e os deixou num canto da casa, a fim de que pudesse continuar a realizar a prática, em seus dizeres: *“Acomodar o pote de sal quebrado no cantinho da sala para terminar as práticas foi desafiador, mas me permitiu conciliar a oferta de segurança para meu filho enquanto cuido de mim.”* (Participante 6).

A categoria temática **Impactos do treinamento** englobou a avaliação dos participantes a respeito dos impactos positivos e negativos percebidos sobre o treinamento em autocompaixão em suas vidas. A intervenção possibilitou aos participantes a diminuição da cobrança em relação a si próprios, aumento da gentileza e conexão consigo mesmos, como sugere a fala do Participante 7: *“Tirar um tempo para observar mais o que realmente estou vivendo no momento presente, tentar não pensar demais nas situações problemáticas, de forma a perder o foco sobre o hoje”*. Ainda, o treinamento tornou-se um motivador para que alguns dos participantes buscassem psicoterapia, *“Impactos positivos é procurar mais sobre o tema e tentar aplicar na minha vida. Inclusive, vou procurar atendimento psicológico e pretendo que o profissional que irá me atender utilize esta abordagem”* (Participante 4).

A maioria dos participantes não identificou impactos negativos a partir do treinamento. Contudo, o relato de um dos participantes salta a atenção, onde ao ser questionado sobre possíveis impactos negativos do treinamento, o mesmo respondeu: *“A*

necessidade de depender de outras pessoas pra ficar com minha filha enquanto participo do treinamento de autocompaixão.” (Participante 9).

A respeito da categoria ***Humanidade compartilhada***, abordou-se relatos dos participantes que descrevessem sobre a repercussão da intervenção no reconhecimento da noção de interconectividade entre eles e os demais seres vivos, e da percepção das variáveis que poderiam conectá-los entre si, bem como com outros cuidadores de crianças autistas. Assim, os participantes descreveram que a intervenção possibilitou que eles pudessem se acolher, identificar formas de se sentirem acolhidos e de não se sentirem sozinhos, além de reconhecer que não são robôs e que não precisam ser perfeitos; que podem e irão errar como qualquer outro ser humano e como cuidador de criança com TEA, bem como, possibilitou que eles identificassem e entrassem em contato com as suas forças e fraquezas. O relato do Participante 5 exemplifica esses ganhos: *“Me ajudou a entender que todos se sentem mal por algo em si mesmos. Que os erros e fraquezas fazem parte de todos e isso não é motivo para sentir que sou inferior aos outros. A me entender como ser humano que vai errar e acertar e tudo bem”*.

No que diz respeito à categoria ***Autocompaixão e relacionamento consigo mesmo***, foram consideradas respostas dos participantes que indicaram o efeito que o treinamento em autocompaixão suscitou no relacionamento deles com eles mesmos. Os dados fornecidos pelos participantes permitem dizer que a intervenção possibilitou mudanças no cuidado que estes direcionavam para si próprios; no reconhecimento das coisas e dos aspectos da vida que é possível mudar; diminuição da autocobrança, sentimento de culpa, vergonha e sensação de inadequação; e melhoria na autoaceitação, no reconhecimento e valorização dos seus limites, no envolvimento de atividades de autocuidado e na lida com situações difíceis, em especial as que estavam relacionadas aos desafios da parentalidade.

Com relação ao reconhecimento e respeito dos participantes para com os seus limites, a resposta do participante 2 exemplifica esse processo: *“Permitir não ser a mãe perfeita”, Respeitar os meus limites”*. Alinhado a esse processo, a intervenção contribuiu para que alguns participantes aprendessem como lidar com as suas limitações: *“Tudo, perceber minhas limitações e tentar saber como lidar com elas!”* (Participante 1).

Durante os encontros, muitos participantes descreveram como percebiam a autocobrança em suas vidas, isto é, se julgando e se criticando pelas dificuldades que apresentavam ao longo do exercício da parentalidade. Além disso, os participantes informaram que se sentiam culpados por se sentirem cansados, frustrados e esgotados. Nos dizeres do Participante 6, ao responder a 2ª pergunta da seção 1 que avalia, de uma forma geral, qual a percepção dos participantes sobre a intervenção em autocompaixão: *“Percebi que assumir a posição de culpa/cobrança/vergonha pelas situações realmente difíceis é um peso descomunal e não ajuda a resolvê-las. Percebi que praticar a autocompaixão garante um lugar de conforto diante das situações realmente difíceis e diminui o desgaste nas lides”*.

O relato de um outro participante corrobora com essa discussão: *“Sim, acredito que consigo me ver com mais carinho, principalmente diante de situações estressantes e problemáticas”* (Participante 7), e o registro do Participante 4 indica a percepção do aumento da bondade consigo mesmo, no mesmo sentido que os participantes anteriores: *“Percebi como é importante se acolher com bondade, generosidade, equilibrando nossos sentimentos”*.

Ainda sobre essa categoria, a resposta de um dos participantes trouxe à tona como as pessoas podem apresentar uma visão equivocada a respeito da autocompaixão e como este participante teve sua percepção modificada a partir do treinamento em autocompaixão, em suas palavras: *“Com certeza...toda vez que tentava ser mais bondosa comigo, me sentia*

culpada e egoísta. Mas a partir do conhecimento da autocompaixão, aprendi que não é egoísmo, é necessário se tratar bem para cuidar do outro” (Participante 4).

A categoria ***Autocompaixão, bem-estar psicológico e qualidade de vida***, por fim, contemplou registros dos participantes sobre mudanças observadas no seu bem-estar psicológico (mudanças percebidas no estresse, sentimentos ansiosos e depressivos, preocupações relacionadas a parentalidade atípica, dentre outros), na satisfação e qualidade de vida. As respostas dos participantes, indicam que esses perceberam mudanças em se ver com mais carinho nas situações estressantes; diminuição da irritação, fadiga física e mental, ansiedade; melhoria nos processos de tomada de decisão, na disposição, na qualidade do sono e, até mesmo, no rendimento do trabalho; além de aumentar a conexão e a reconexão dos participantes consigo mesmos.

Os registros descritos a seguir exemplificam esses benefícios percebidos, o Participante 2 indicou *“Sim. Estou mais centrada nas tomadas de decisões, menos irritada, conseguindo organizar melhor a minha vida. Estou com menos fadiga física e mental. Até tendo mais controle para não ter crise de ansiedade”*. Já o Participante 10 descreveu: *“Sim, muito, estou até dormindo melhor, acordo mais disposta e o meu trabalho tem rendido e sobra mais tempo pra ficar com meus filhos, estou administrando melhor meu tempo, mais focada em uma coisa de cada vez, atenção plena”*.

Por fim, a categoria temática ***Autocompaixão e relacionamento com a criança***, envolveu o relato dos participantes a respeito da percepção de mudanças no relacionamento e interação com os seus filhos a partir da sua participação no treinamento em autocompaixão. Os relatos compartilhados pelos participantes apontam que a intervenção contribuiu para que esses desenvolvessem mais paciência para lidar com as suas crianças, diminuição da irritação, melhoria na compreensão dos comportamentos desafiadores que as crianças apresentavam e/ou poderiam apresentar, mudança nas estratégias de enfrentamento dos desafios da

parentalidade e no relacionamento com suas crianças, adotando uma postura de maior compreensão, gentileza e amorosidade para com seus filhos e consigo mesmos.

O Participante 6 ao ser indagado se havia percebido mudanças no relacionamento com seu filho a partir do treinamento, relatou: *“Sim! Eu estou mais tranquila comigo mesma e ainda mais paciente com meu filho, com os imprevistos e com as atividades que preciso conduzir”*. A esse mesmo respeito, o Participante 7 afirmou: *“Sim, acredito que tenho conseguido olhar com ainda mais compaixão e amor para o meu filho, levando em consideração que ele ainda não está emocionalmente preparado para muitas situações e que como adulta da situação se faz necessário que eu consiga manter o nosso bem-estar”*.

5. Discussão

Os resultados da avaliação do estresse parental, bem-estar psicológico e autocompaixão dos participantes (N=77) indicou que a maioria eram mulheres, embora a pesquisa tenha sido aberta a cuidadores de ambos os sexos, coerente com a literatura que demonstra a maior frequência de participantes do sexo feminino em pesquisas que envolvem autocompaixão (Chan et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Oliveira et al., 2020; Papadopoulos et al., 2018; Robinson et al., 2017; Savieto et al., 2019; Souza & Hutz, 2016b; Souza & Hutz, 2016c; Torbet et al., 2019; Wong et al., 2016). Além disso, encontrou-se, na amostra total, que fazer terapia foi correlacionado com maiores indicadores de percepção de estresse, percepção de experiências positivas da parentalidade, autocompaixão e *mindfulness*. A literatura aponta que a psicoterapia possibilita que as pessoas entrem em contato com variáveis de sofrimento e se vulnerabilizam para que possam melhorar sua qualidade de vida, sendo que esse processo pode, inicialmente desencadear estresse (Brito & Faro, 2016; 2017; Germer & Neff, 2019a). Uma outra hipótese cabível, refere-se ao fato de que fazer psicoterapia possibilita que a pessoa esteja mais atenta a sua vida (autoconhecimento),

inclusive para perceber se está mais estressada ou não, diferente de pessoas que não realizam terapia, bem como, facilita que as pessoas melhorem seu foco atencional e conexão com o momento presente, vivenciando experiências positivas e de autocuidado ao longo do dia a dia (Brito & Faro, 2016; Germer & Neff, 2019a).

Apesar de 77 participantes terem sido selecionados para compor inicialmente a amostra, apenas 29 começaram os grupos e, ainda, somente 10 concluíram sua participação, conforme descrito na seção de resultados. Assim, no que se refere à análise da adesão e da perda de participantes da fase de inscrição para a primeira sessão do treinamento, pode-se hipotetizar que o tempo de espera entre o preenchimento do formulário e o primeiro contato do pesquisador para comunicar aos participantes sobre sua aprovação ou não com base nos critérios de inclusão, pode ter contribuído para algumas desistências.

Já no que se refere à perda de sujeitos durante o treinamento, o relato de alguns participantes indicou que, previamente a sua participação na pesquisa, eles possuíam uma ideia de que autocompaixão seria um sinal de fraqueza, comodismo ou preguiça, dentre outras avaliações negativas ou “mitos” sobre a autocompaixão que são apontadas na literatura da área (Neff, 2015). Dado o número de desistências de participantes entre o primeiro até o último encontro, é possível levantar a hipótese de que algumas desistências possam ter sido ocasionadas por essa percepção equivocada, visto que na primeira sessão do treinamento foram discutidos os conceitos e os processos centrais da autocompaixão (Neff, 2015; Neff & Germer, 2019). Levanta a hipótese de que, o desconforto que os participantes puderam ter sentido com a abordagem das temáticas, bem como, a realização das práticas e exercícios, possa ter contribuído para a desistência de alguns participantes. Os temas discutidos e as práticas realizadas convidam os participantes para a vulnerabilidade, exposição e para entrar em contato com o seu sofrimento e isso pode gerar desconforto emocional e fazer com que as

pessoas acreditem que não tem recursos para lidar com isso (Germer & Neff, 2019a), culminando com a evasão da intervenção (Germer & Neff, 2019a; Yela et al., 2019).

No que diz respeito à perda de participantes e ao número reduzido de pessoas que finalizaram o treinamento (momento pós-teste) ainda é possível levantar algumas variáveis que podem ter impactado nesse aspecto: 1) Horários e dias disponibilizados para a realização do treinamento; 2) Duração de cada sessão (duas horas) e do treinamento como um todo (cinco encontros - em média 1 mês e meio); 3) Falta de uma rede de apoio para que os participantes pudessem deixar seus filhos a fim de participar dos encontros; e 4) Expectativa dos participantes a respeito do treinamento, isto é, esperarem que a intervenção fosse para orientação em como lidar com os comportamentos e/ou ensinar habilidades para seus filhos (Costello et al., 2015; Rios & Williams, 2008).

Considerando os participantes que finalizaram a intervenção (N=10), ao se compararem os resultados das escalas preenchidas nos momentos pré e pós intervenção, foram identificadas mudanças significativas no escore geral de bem-estar psicológico, além dos escores específicos de relações positivas com os outros e propósito de vida. Não foram identificadas mudanças significativas nas demais dimensões de bem-estar. Os achados resultantes dessa análise estão alinhados com o que tem apontado a literatura sobre o impacto da autocompaixão em mães e pais de pessoas autistas. A autocompaixão tem demonstrado impactos positivos no aumento do bem-estar, da qualidade e satisfação com a vida nessa população (Bohadana et al., 2019; Neff & Faso, 2014). Além disso, intervenções em autocompaixão possibilitam a melhoria no relacionamento, na satisfação desse, bem como, na expectativa de futuro no que tange ao relacionamento da pessoa consigo mesma, com seu cônjuge/parceiro e, em especial, com seus filhos (Neff & Faso, 2014; Robinson et al., 2017).

Já no que tange à avaliação da autocompaixão, não foram observadas mudanças significativas nos indicadores que avaliaram esse constructo, e algumas hipóteses para

explicar tais resultados incluem: duração dos encontros e quantidade de sessões. Programas estandardizados (isto é, modelos já estruturados e empiricamente sustentados) para o ensino ou cultivo da autocompaixão possuem uma duração maior tanto do encontro (carga horária) como da quantidade de sessões. Um exemplo é o programa MSC (Germer & Neff, 2019a; Neff & Germer, 2019) que possui oito sessões e uma sessão de retiro de silêncio (totalizando 9 encontros) com duração aproximada de três a quatro horas, cada sessão. A partir disso, é possível levantar a hipótese de que uma intervenção com menor duração e carga horária possa ter pouco impacto na alteração dos indicadores de autocompaixão.

Nesse contexto, outra provável variável interveniente neste resultado se refere à baixa adesão dos participantes à realização das tarefas de casa. As atividades incluíam práticas formais e informais de *mindfulness* e autocompaixão, bem como, alguns exercícios que eram disponibilizados após o encontro e deveriam ser realizados entre um encontro e outro. A realização das práticas, tanto as conduzidas no encontro como as enviadas como tarefas de casa, é de grande relevância para que as habilidades de *mindfulness* e autocompaixão sejam aprimoradas, para que a aprendizagem seja generalizada para outros contextos além do ambiente de treinamento, bem como a fim de que os participantes tenham oportunidade de usar essas habilidades nas mais variadas situações da prática parental, sejam elas desafiadoras e estressantes ou não (Costello et al., 2015; Germer & Neff, 2019a; Guisso et al., 2019; Homem et al., 2015; Lucia e Dumas, 2013; Rios & Williams, 2008; Yela et al., 2019).

Apesar de o instrumento que avaliou a autocompaixão não ter demonstrado mudanças significativas após a intervenção, no instrumento qualitativo os participantes que concluíram a intervenção identificaram mudanças em sua vida. Estas se referiam a maior aceitação de si próprios; identificação, clarificação e respeito aos seus limites; diminuição da autocobrança, dentre outras alterações.

Além disso, as respostas dos participantes apontaram que a intervenção parece ter ajudado com que eles pudessem enxergar a “voz autocrítica” que se faz presente em momentos de dificuldade parental de uma forma diferente, além de diminuir sua intensidade, possibilitando, ainda, que pudessem se tratar de uma maneira mais amorosa, bondosa, generosa e equilibrada, direcionando cuidado e gentileza para consigo mesmos, sem culpa e sensação comodismo, conforme apontado por Neff (2017), Neff & Faso (2014) e por Pollak (2019). Permitir-se não ser uma mãe ou pai perfeito, bem como reconhecer e honrar os seus limites é um dos processos da autocompaixão, em especial da autocompaixão feroz (Neff, 2017; Neff & Germer, 2019; Neff, 2022). Ademais, os relatos indicaram que a intervenção facilitou que os participantes se percebessem como tão merecedores de amor, investimento e compreensão quanto os seus filhos (Pollak, 2019).

Nesse sentido, participar de uma intervenção auxiliou os pais a identificarem os seus limites e se acolherem, com gentileza, benevolência e coragem (Pollak, 2019), e a partir disso puderam se envolver em atividades de autocuidado e, conseqüentemente, melhoram o relacionamento consigo mesmos e com seus filhos (Neff & Faso, 2014; Neff, 2017; Neff, 2022). Conforme apontado por Germer e Neff (2019a), intervenções em autocompaixão não substituem a psicoterapia, mas podem ter efeitos terapêuticos. Além disso, tais efeitos terapêuticos podem servir como motivadores para que a pessoa busque psicoterapia, caso de um dos participantes da intervenção.

Junto a isso, a intervenção parece ter contribuído para melhoria do relacionamento dos participantes com seus filhos, a partir das indicações dadas nos relatos do instrumento qualitativo. As percepções compartilhadas pelos participantes sobre o impacto da intervenção em autocompaixão no relacionamento com suas crianças estão alinhadas com achados das pesquisas internacionais sobre a aplicabilidade e os benefícios da autocompaixão para mães e pais de crianças autistas, sendo relatados nesses estudos melhoria na conexão com seus

filhos, mudança na perspectiva de futuro com relação ao desenvolvimento do filho, aumento da paciência com o filho e os demais membros da casa, lidando melhor com os desafios no relacionamento pais-filhos (Bohadana et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Neff, 2017; Pollak, 2019; Robinson et al., 2017; Torbet et al., 2019), aspectos também indicados pela amostra da presente pesquisa. Assim, conforme a literatura, o desenvolvimento de repertórios comportamentais autocompassivos facilita para que os pais construam relacionamentos mais funcionais e significativos com suas crianças e com seu cônjuge/parceiro (Bohadana et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Neff, 2017).

Tais mudanças possibilitam a diminuição da irritação, maior compreensão dos comportamentos desafiadores apresentados pelas crianças, bem como de que forma usar melhor estratégias de manejo de comportamento (lidar com os comportamentos de forma efetiva, afetiva e compassiva, ao invés de acreditar que os comportamentos intervenientes apresentados pela criança dizem respeito ao caráter dessa, no medo do julgamento de outras pessoas a respeito do filho e/ou da sua efetividade enquanto cuidador). Além disso, favorece habilidades de tomada de decisão nessas situações ou em contextos semelhantes, aumento da gentileza e compaixão para com suas crianças, mudança na conexão e presença com o filho e melhora a esperança sobre o futuro e uma perspectiva mais otimista sobre o desenvolvimento do filho (Bohadana et al., 2019; Gerbert et al., 2021; Neff & Faso, 2014; Neff, 2017; Papadopoulos et al., 2018; Pollak, 2019; Robinson et al., 2017; Sirois et al., 2019).

Um outro achado importante sobre a intervenção se refere ao que foi relatado pelos participantes sobre sua maior abertura para pedir ajuda a outras pessoas quando estiverem precisando de algo, se sentindo sobrecarregados, ou ainda para não chegarem ao ponto de sobrecarga. A humanidade compartilhada, um dos aspectos centrais da autocompaixão, possibilita que as pessoas rompam com a postura de isolamento, de acreditar que estão sozinhos em suas dificuldades e que não podem ou conseguem ser auxiliadas por outras

pessoas, pois reconhecem que todos os seres humanos podem cometer erros e que todos os pais irão vivenciar situações de dor e sofrimento (Pollak, 2019). Assim, o que desencadeia a dor e a forma como essa é expressa pode ser diferente para cada pessoa, porém a experiência básica (sensorial) da dor é algo que une todos os seres humanos (Neff e Germer, 2019), e os pais de crianças com TEA, inclusive.

Com relação aos impactos negativos da intervenção, quando diretamente questionados sobre isso, os participantes indicaram um impacto negativo mínimo em suas vidas. No entanto, um participante descreveu impactos negativos a respeito da intervenção, sobre não ter com quem deixar a criança para poder participar do treinamento, o que parece não estar relacionado com a proposta do treinamento em si, todavia expõe uma das principais variáveis que gera estresse em familiares de crianças autistas que é a falta de uma rede de apoio com quem possam contar para lidar e enfrentar (*coping*) situações de estresse ou difíceis (Carvalho-Filha et al., 2018; Davis & Carter, 2008; Faro et al., 2019).

A maioria dos participantes, no entanto, destacou que não foram observados impactos negativos da intervenção, por mais que essa tenha possibilitado que eles percebessem que as ações que realizavam para diminuir ou se livrar do sofrimento acabava tendo um efeito paradoxal, isto é, aumentava o seu sofrimento, sinalizando, ainda, que seria necessário que eles adotassem comportamentos diferentes para se relacionar com o sofrimento. Apesar das mudanças positivas percebidas com a intervenção, alguns participantes relataram que se sentiram desconfortáveis com a discussão de algumas temáticas, achado que está alinhado com o que é encontrado na literatura que avalia o impacto da discussão de algumas temáticas em treinamentos de autocompaixão (Germer & Neff, 2019a; Neff & Germer, 2019). O treinamento em autocompaixão abarca a discussão de temas que podem ser sensíveis para as pessoas, como por exemplo autocrítica severa, vergonha, culpa, resistência ao sofrimento, dentre outros aspectos. A partir disso, é esperado que os participantes sintam certos

desconfortos durante o treinamento, porém um efeito paradoxal da intervenção é que o treinamento possibilita aos participantes recursos para lidar com esses desconfortos (Germer & Neff, 2019a; Neff & Germer, 2019), o que, também, foi observado nos discursos dos participantes.

Assim, de forma geral, o relato dos participantes está alinhado com o que as pesquisas têm apontado sobre as contribuições da autocompaixão no bem-estar psicológico e melhoria da qualidade de vida de cuidadores de crianças autistas (Bohadana et al., 2019; Neff & Faso, 2014). Conforme apontado por Torbet et al. (2019), o desenvolvimento e a presença de repertórios comportamentais autocompassivos está positivamente associado ao bem-estar emocional dos pais e, negativamente, ao sofrimento psicológico. Além disso, de acordo com o estudo dos referidos autores, a autocompaixão é considerada como um preditor único do bem-estar psicológico (Torbet et al., 2019).

A literatura descreve que, com frequência, mães e pais de pessoas autistas direcionam a sua atenção única e exclusivamente para o cuidado de seus filhos, dedicando pouco ou quase nenhum tempo para se envolver em rotinas de cuidado para si, e que isso impacta os indicadores de estresse parental (Amaral, 2013; Faro et al., 2019; Neff & Faso, 2014) e baixa qualidade de vida (Estanieski & Guarany, 2015; Torbet et al., 2019). Os resultados da análise apontaram que a intervenção não teve impacto significativo na redução do estresse parental entre os momentos pré e pós intervenção. Tal achado não está alinhado com o que as pesquisas têm apresentado sobre o impacto do ensino da autocompaixão na redução de estresse e de fadiga parental em pais e mães de crianças autistas (Amaral, 2013; Bohadana et al., 2019; Neff & Faso, 2014).

Algumas variáveis que poderiam explicar tal resultado são: 1) tempo dedicado para a discussão sobre o estresse parental em relação às demais temáticas durante a intervenção; 2) adesão dos participantes em realizarem as práticas de casa, tal como se engajarem na

realização e relato das vivências propostas durante os encontros; 3) instrumento utilizado para avaliar o estresse parental; 4) a análise ter correlacionado o estresse apenas com a autocompaixão e o bem-estar psicológico e não com outras variáveis (por exemplo: sofrimento psicológico devido a gravidade do autismo e/ou a processos de estigma); e 5) pressões contínuas ligadas ao exercício da parentalidade, que não são diretamente alteradas pela intervenção em autocompaixão. Além disso, conforme observado na análise da relação entre as variáveis da amostra mais ampla, o estresse parental não teve relação direta com o bem-estar psicológico e a autocompaixão, o que pode explicar a ausência de efeitos do treinamento na redução do estresse.

O relato dos participantes ao longo do treinamento bem como aqueles obtidos no instrumento de avaliação da intervenção indica o quando o sentimento de culpa está presente em suas vidas. Tal achado está alinhado com os estudos têm afirmado sobre o fato de que notar e vivenciar essas dificuldades pode gerar nos pais o sentimento de vergonha e a sensação de inadequação, podendo, ainda, fazer com que esses internalizem os estigmas da sociedade com relação aos seus filhos e a si próprios (Neff, 2017; Papadopoulos et al., 2018; Pollak, 2019; Wong et al., 2016), o que pode estar relacionado à manutenção dos níveis de estresse após a intervenção, considerando que não é apenas a autocompaixão que pode afetar o estresse, mas todas essas outras variáveis.

A análise dos resultados indicou que o modelo de estresse parental não foi explicado pelos aspectos da autocompaixão e do bem-estar psicológico e que esse indicador foi considerado como a variável mais distantes das ligações entre autocompaixão e bem-estar psicológico. Apesar da estreita literatura que discute sobre essas variáveis, os aspectos encontrados estão alinhados com o que aponta o estudo de Torbet et al. (2019) de que o estresse parental está associado ao sofrimento psicológico e a gravidade dos sintomas do autismo dos filho e não diretamente com a autocompaixão, tal como que a autocompaixão

está negativamente associada ao estresse parental, bem como, com sofrimento parental, disfunção no relacionamento cuidadores e crianças e dificuldade percebida da criança (variáveis de estresse) (Neff & Faso, 2014; Torbet et al., 2019).

Levanta-se a hipótese de que um aspecto que pode ter contribuído para essa diferença refere-se ao fato de que a maioria das pesquisas envolvendo autocompaixão e pais de crianças autistas avaliam a correlação entre a autocompaixão e o bem-estar psicológico (Chan et al., 2019; Lodder et al., 2020; Neff & Faso, 2014; Papadopoulos et al., 2018; Robinson et al., 2017; Torbet et al., 2019; Wong et al., 2016) e mensuraram o estresse de uma forma geral (isto é, utilizando instrumentos que não avaliam o estresse relacionado à parentalidade) ou o estresse relacionado à gravidade dos sintomas de autismo (Chan et al., 2019; Robinson et al., 2017). Nesse sentido, o presente trabalho avaliou o estresse dos pais relacionado à parentalidade, não o estresse dos participantes relacionado à gravidade dos sintomas de autismo das suas crianças ou ao estigma, como outras pesquisas investigaram (Neff & Faso, 2014; Torbet et al., 2019) o que também pode ter impactado no resultado, isto é, de que a intervenção em autocompaixão não reduziu o estresse dos participantes.

O relato dos participantes indicou o quanto estes se sentiam sobrecarregados com o exercício da parentalidade e como se sentiam culpados por identificarem e, até mesmo, verbalizarem sobre a sensação de sobrecarga emocional. Muitas vezes a sobrecarga parental está relacionada com as dificuldades que os pais vivenciam. As dificuldades parentais de pais de crianças autistas são inúmeras, por exemplo, dificuldades com inclusão de suas crianças, estigma social, preocupações com o que irá acontecer com o filho caso eles, os pais, venham a óbito, dificuldades com manejo de comportamentos intervenientes, acesso ao tratamento, déficits financeiros e na rede de apoio, dentre outras dificuldades (Bohadana et al., 2019; Carvalho-Filha et al., 2018; Papadopoulos et al., 2018; Wong et al., 2016). Tais aspectos

acabam por gerar muita sobrecarga emocional, e podendo chegar ao grau de fadiga ou *burnout* parental (Gerbert et al., 2021; Paucsik et al., 2021; Roskam et al., 2017).

Algumas dificuldades identificadas pelos participantes ao longo dos encontros incluíam: diferença no envolvimento e cuidado parental do filho com base no gênero (pais se envolvem menos no cuidado e acreditam que fazem mais que as mães); dificuldades com relação a comunicação do filho; inclusão do filho nas rotinas, festas e comemorações familiares; medo do julgamento das outras pessoas quando vêm o seu filho engajando-se em estereotípias (motoras ou vocais); preocupações de que ocorram crises comportamentais em outros ambientes, que não seja na casa ou na terapia, pois as pessoas não saberiam manejar ou lidar com a situação; dentre outras variáveis.

Além disso, com relação ao tempo dedicado para discussão da temática sobre estresse parental, esse tema foi discutido brevemente na primeira sessão (por exemplo com os temas sobre a diferença na estimativa de estresse em cuidadores de crianças típicas e pais de crianças autistas; possível disparadores relacionados com o aumento do estresse, dentre outras questões), e resgatado em alguns momentos ao longo dos demais encontros (por exemplo: o impacto da autocrítica e da comparação no aumento do estresse parental), todavia sem entrar numa discussão mais aprofundada.

No entanto, os relatos dos participantes no instrumento qualitativo indicaram que o treinamento parece ter auxiliado para que aprendessem a lidar com os desafios da vida e com as situações estressantes relacionadas a parentalidade (Bohadona et al., 2019; Neff & Faso, 2014; Pollak, 2019; Torbet et al., 2019), ainda que tais mudanças não fossem suficientes para gerar alterações significativas nos escores de estresse após a intervenção.

Assim, o resultado da análise do discurso dos participantes identificou que a intervenção teve impacto positivo na diminuição da culpa, vergonha e sensação de inadequação que estes apresentavam. A literatura tem apontado que, com frequência, mães e

pais de crianças experienciam níveis consideráveis de sentimentos de culpa e vergonha, em especial nos momentos de desafios na parentalidade (Sirois et al., 2019), como por exemplo nas situações de dificuldades para manejar comportamentos desafiadores apresentados pelos filhos. Assim, a autocompaixão possibilitou a diminuição nos indicadores de vergonha e culpa e aumento na sensação de bem-estar, conexão consigo mesmo e com suas crianças (Bohadana et al., 2019; Wong et al., 2016).

Algumas limitações para a realização deste estudo incluem: 1) Perda de participantes entre início e fim da tarefa de intervenção foi superior a 4 vezes o número de inscritos – esse aspecto gerou um quantitativo muito reduzido de participantes ao final da intervenção; 2) A necessidade da junção de todos os participantes (das diferentes turmas do treinamento) para compor um único grupo de análise pode ser considerada como uma fonte interveniente para qualidade dos dados, todavia essa foi única, e melhor, estratégia encontrada, para análise com testes de significância; e 3) Não foi possível formar subgrupos amostrais por informações sociodemográficas, seria importante, para uma melhor análise, que os subgrupos fossem formados com ao menos 15-30 participantes para avaliação comparativa e discriminativa.

Novas pesquisas poderão indicar ou avaliar um impacto maior de intervenções baseadas no ensino da autocompaixão na melhoria dos indicadores de bem-estar psicológico, da autocompaixão e diminuição do estresse parental em pais e mães de crianças autistas. Junto a isso, novas pesquisas poderão avaliar se as mudanças nesses indicadores podem ser melhores tomando como referência algumas das lacunas e achados encontrados através desse estudo, como por exemplo: tamanho da amostra (realizar uma intervenção em autocompaixão com uma amostra de participantes maior); duração do tratamento (modelos de intervenção em autocompaixão diferentes, como por exemplo um treinamento com maior duração, ou com

uma curta duração, porém realizado de maneira intensiva); critérios de seleção e inclusão diferentes.

Além disso, novos estudos poderão mensurar com mais profundidade o impacto da intervenção nos indicadores que compõem a autocompaixão (bondade consigo, humanidade compartilhada, *mindfulness*, autocrítica severa, isolamento e superidentificação) para reforçar e tecer novas correlações entre esses domínios e os do bem-estar psicológico e estresse parental. Por fim, novas pesquisas podem avaliar se separar a amostra em grupos divididos por gênero dos participantes e o nível de funcionamento de seus filhos pode gerar impactos diferentes na efetividade da intervenção em autocompaixão nesses indicadores ou em outros.

6. Considerações Finais

Com base nos resultados dessa pesquisa conclui-se que a autocompaixão se configura como uma habilidade que possibilita o aumento do bem-estar psicológico, em especial no que se refere ao estabelecimento de relações positivas com as demais pessoas, bem como, clarificação e conexão com o propósito de vida, isto é, o que pode dar significado e sentido a vida das pessoas. A nível quantitativo e, dado o número pequeno da amostra, a intervenção em autocompaixão não se mostrou efetiva na diminuição de estresse parental, nem no aumento de experiências positivas da parentalidade e nem nos indicadores de autocompaixão.

No entanto, na percepção dos participantes, a intervenção parece ter impactado positivamente no aumento da autocompaixão, conexão consigo mesmos e com seus filhos, bem como diminuição da autocrítica, fadiga, vergonha e estresse. De acordo com o relato dos participantes, o treinamento em autocompaixão parece ter, ainda, melhorado a sua autoaceitação, regulação emocional e clarificação e respeito dos próprios limites.

Os resultados dessa pesquisa se configuraram em um marco para o estudo de autocompaixão em pais e mães de pessoas com autismo no cenário brasileiro. A partir da

publicação e divulgação dos achados deste estudo são criadas contingências para a ampliação da discussão e realização de novas pesquisas sobre a autocompaixão aplicada a esse público e como essa pode contribuir para sua qualidade de vida. Acredita-se que os achados deste estudo, pontos positivos e lacunas, contribuirão para a disseminação de conhecimento e procedimentos baseado em evidências que possibilitem melhorias para a comunidade de cuidadores de crianças com TEA, bem como, para os indivíduos acometidos pelo transtorno.

REFERÊNCIAS

- Amaral, K. C. (2013). *Estresse e percepção de suporte familiar em mães de crianças com autismo*. [Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará].
<https://ppgtpc.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/K%C3%A1tia%20Carvalho%202013.pdf>
- Alves, E. G. R. (2012). A morte do filho idealizado. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 90-97.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/morte_filho_idealizado.pdf
- Ambiel, R. A. M., Ferraz, A. S., Simões, N., Silva, J., & Pereira, E. (2018). Predição da definição da escolha vocacional a partir de variáveis familiares. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 36(3), 493.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5634>
- Andrade, A. A., Ohno, P. M., Magalhães, C. G., & Barreto, I. S. (2016). Treinamento de pais e autismo: Uma revisão de literatura. *Ciências & Cognição*, 21(1), 7-22.
<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1038>
- APA [American Psychiatric Association]. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM*. 4 ed texto revisado. Artmed
- _____. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM*. 5 ed. Artmed
- Assumpção Junior., F. B., & Kuczyński, E. (2018). Autismo: conceito e diagnóstico. In: A. C. Sella, D. M. Ribeiro, (orgs). (2018). *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista*. (19-34). Appris
- Aydın, A. (2015). A comparison of the alexithymia, self-compassion and humour characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 720–729. <http://doi:10.1016/j.sbspro.2015.01.607>
- Bardin, L. (2016) *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

- Barros, R. S., Barboza, A. A., & Melo e Silva, A. J. (2018). Intervenção comportamental ao transtorno do espectro autista implementada via cuidadores. In A. C. Sella, & D. M. Ribeiro, (Orgs.). *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista*. (pp. 251-260). Appris.
- Bearss, K., Johnson, C., Smith, T., Lecavalier, L., Swiezy, N., Aman, M., McAdam, D. B., Butter, E., Stillitano, C., Minshawi, N., Sukhodolsky, D. G., Mruzek, D. W., Turner, K., Neal, T., Hallett, V., Mulick, J. Green, B., Handen, B., Deng, Y., ... Scahill, L. (2015). *Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder*. *JAMA*, *313*(15), 1524-1533. <http://doi:10.1001/jama.2015.3150>
- Bearss, K., Burrell, T. L., Challa, S. A., Postorino, V., Gillespie, S. E., Crooks, C., & Scahill, L. (2017). Feasibility of parent training via telehealth for children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: A demonstration pilot. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(4), 1020–1030. <http://doi:10.1007/s10803-017-3363-2>
- Bearss, K., Johnson, C. R., Handen, B. L., Butter, E., Lecavalier, L., Smith, T., & Scahill, L. (2018). *Parent training for disruptive behavior: The rubi autism network, clinical manual*. Oxford University Press.
- Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C., & Hobbs, L. (2015). Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness*, *7*(2), 479–492. <http://10.1007/s12671-015-0476-6>
- Bochi, A., Friedrich, D., & Pacheco, J. T. B. (2016). Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento parental. *Temas em Psicologia*, *24*(2), 549-563. <http://10.9788/TP2016.2-09>

- Bohadana, G., Morrissey, S., & Paynter, J. (2019). Self-compassion: A novel predictor of stress and quality of life in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <http://doi:10.1007/s10803-019-04121-x>
- Bradshaw, J., Bearss, K., McCracken, C., Smith, T., Johnson, C., Lecavalier, L., Swiezy, n., & Scahill, L. (2018). Parent education for young children with autism and disruptive behavior: Response to active control treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(sup1), 445–455.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1381913>
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012, Dezembro 12). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2016, Abril 07). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brito, A., & Faro, A. (2016). Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em Pesquisa*, 10(1), 64/75. <http://10.5327/Z1982-1247201600010009>
- Brito, A., & Faro, A. (2017). Diferenças por sexo, adaptação e validação da escala de estresse parental. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 38-47. <http://10.15689/ap.2017.1601.05>
- Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2015). Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 1–14. <http://10.1007/s10826-015-0193-8>
- Caixeta, D. C. M. G. (2019). O treinamento de pais no desenvolvimento infantil e na qualidade de vida da família. *Federação Nacional das Apaes- Fenapaes*, 11(1), 44 – 72. <http://apaeciencia.org.br/index.php/revista/article/view/154>
- Caminha, R. M. (2019). *Darwin para terapeutas: Socialização, emoções, empatia e psicoterapia*. Sinopsys.
- Carvalho-Filha, F. S. S., Silva, H. M. C., Castro, R. P., Moraes-Filho, I. M., & Nascimento, F. L. S. C. (2018). *Coping e estresse familiar e enfrentamento na perspectiva do*

transtorno do espectro do autismo. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 7(1), 23-30.

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/300#:~:text=Notou%2Dse%20ainda%20que%20os,o%20lazer%20e%20o%20trabalho>

Center for Mindful Self-Compassion. (na imprensa). *Msc teacher training*.

<https://centerformsc.org/teach-msc/>

Chan, B. S. M., Deng, J., Li, Y., Li, T., Shen, Y., Wang, Y., & Yi, L. (2019). The role of self-compassion in the relationship between post-traumatic growth and psychological distress in caregivers of children with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 29(online), 1692–1700. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01694-0>

Conselho Federal de Psicologia. (2012, Junho 726). *Resolução CFP nº10, de 26 de junho de 2012*. Revoga a Resolução CFP nº 016/2000, publicada no DOU nº 246, Seção 1, Página 91 no dia 22 de dezembro de 2000, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-010-12.pdf>

Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. (2021). *Ofício circular nº 2/2021/conep/secns/ms*. http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

Costa, A. J., & Antunes, A. M. (2018). *Transtorno do espectro autista na prática clínica*. Pearson

Costello, A. H., Moreland, A. D., Jobe-Shields, L., Hanson, R. F., & Dumas, J. E. (2014). Change in child abuse potential as a predictor of post-assessment child disruptive behaviors after participation in PACE. *Journal of Child and Family Studies*, 24(10), 2989–2998. <http://10.1007/s10826-014-0102-6>

Couto, L. P., & Ramos, F. P. (no prelo). *Transtorno do espectro autista (tea) e autocompaixão: Uma revisão sistemática de literatura*

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

Artmed

Creswell, J. W., Klassen, A. C., Clark, V. L. P., & Smith, K. C. (2011). Best practices for mixed methods research in the health sciences. *Office of Behavioral and Social Sciences Research*.

[https://www2.jabsom.hawaii.edu/native/docs/tsudocs/Best Practices for Mixed Methods Research Aug2011.pdf](https://www2.jabsom.hawaii.edu/native/docs/tsudocs/Best_Practices_for_Mixed_Methods_Research_Aug2011.pdf)

Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1278–1291. <http://doi:10.1007/s10803-007-0512-z>

Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. [Center for Mental Health Services. National Institute of Mental Health (USA)].

United States. Public Health Service. (163-164).

<https://profiles.nlm.nih.gov/101584932X120>

Devotto, R. P. de, & Machado, W. de L. (2020). Evidências de Validade da Versão Brasileira do Job Crafting Questionnaire. *Psico-USF*, 25(1), 39–49.

<https://doi.org/10.1590/1413-82712020250104>

Dueñas, A., Bak, M. Y. S., & Plavnick, J. (2018). Práticas baseada em evidência e análise do comportamento. In A. C. Sella, A. C., & D. M. Ribeiro, (orgs). *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista*. (83-102). Appris

Dra. Paula Teixeira. (na imprensa). Programa presencial mindfulness e autocompaixão:

mindful self-compassion. <https://drapaulateixeira.com.br/mindfulselfcompassion/>

- Edwards, G. S., Zlomke, K. R., & Greathouse, A. D. (2019). Rubi parent training as a group intervention for children with autism: A community pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 66, 101409. <http://doi:10.1016/j.rasd.2019.101409>
- Eriksson, T., Germundsjö, L., Åström, E., & Rönnlund, M. (2018). Mindful self-compassion training reduces stress and burnout symptoms among practicing psychologists: A randomized controlled trial of a brief web-based intervention. *Frontiers in Psychology*, 9. <http://doi:10.3389/fpsyg.2018.02340>
- Estanieski, I. I., & Guarany, N. R. (2015). Qualidade de vida, estresse e desempenho ocupacional de mães cuidadoras de crianças e adolescentes autistas. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(2), 194-200. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p194-200>
- Farina, L. S. A., Rodrigues, G. R., Fagundes, N. K., Carafini, T. C., Moreira, L. G. C. S., Machado, W. L., & Hutz, C. S. (2019). Flow e engajamento no Trabalho: Associações com recursos individuais e contexto laboral. *Avaliação Psicológica*, 18(4), 362-371. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1804.18813.04>
- Faro, K. C. A., Santos, R. B., Bosa, C. A., Wagner, A., & Costa Silva, S. S. (2019). Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. *Psico*, 50(2), e30080. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.30080>
- Fife-Schaw, C. (2010). Modelos quasi-experimentais. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith. *Métodos de pesquisa em Psicologia*. (pp. 78-99). Penso,
- Friis, A. M., Johnson, M. H., Cutfield, R. G., & Consedine, N. S. (2016). Kindness matters: A randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and hba 1c among patients with diabetes. *Diabetes Care*, 39(11), 1963–1971. <http://doi:10.2337/dc16-0416>

- Gerber, Z., Davidovics, Z., & Anaki, D. (2021). The relationship between self-compassion, concern for others, and parental burnout in child's chronic care management. *Mindfulness*, 12(12), 2920–2928. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01752-z>
- Germer, C. K. (2016). Mindfulness: o que é? Qual sua importância? In C. K. Germer, R. D. Siegel; & P. R. Fulton. *Mindfulness e psicoterapia*. 2 ed. (p. 2-36). Artmed
- Germer, C., & Neff, K. D. (2019a). *Teaching the mindful self-compassion program: A guide for professionals*. Guilford Publications
- Germer, C., & Neff, K. D. (2019b). Mindful self-compassion (msc). In I. Itvzan (Ed.). *The handbook of mindfulness-based programs: Every established intervention, from medicine to education*. (357-367). Routledge
- Gilbert, P. (2014). *Mindful compassion: How the science of compassion can help you understand your emotions*. New Habinger Publications
- _____. (2019a). *Terapia focada na compaixão*. Hogrefe
- _____. (2019b). *The compassionate mind*. 2 ed. Robinson Press
- Gomes, C. G. S., & Silveira, A. D. (2016). *Ensino de habilidades básicas para pessoas com autismo: manual para intervenção comportamental intensiva*. Appris
- Guimarães, M. S. S., Martins, T. E. M., Keuffer, S. I. C., Costa, M. R. C., Lobato, J. L., Melo e Silva, A. J., Souza, C. B. A., & Barros, R. S. (2018). Treino de cuidadores para manejo de comportamentos inadequados de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(3), 40-53. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v20i3.1217>
- Guisso, L., Bolze, S. D. A., & Viera, M. L. (2019). Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: uma revisão sistemática de literatura. *Contextos Clínicos*, 12(1), 226-255. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.10>

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. 6 ed. Bookman
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629–642. <http://10.1007/s10803-012-1604-y>
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005/2021). *Saia da sua mente e entre na sua vida: A nova terapia de aceitação e compromisso*. Sinopsys
- Hernández Sampieri, R., Callado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. 5 ed. Artmed,
- Hickey, E., Hartley, S., & Papp, L. (2019). Psychological well-being and parent-child relationship quality in relation to child autism: An actor-partner modeling approach. *Family Process*, 59(2), 636-650. <http://10.1111/famp.12432>
- Hodgetts, S., Savage, A., & McConnell, D. (2013). Experience and outcomes of stepping stones triple P for families of children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2572- 2585. <http://10.1016/j.ridd.2013.05.005>
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. *Clinical psychology review*, 31(7), 1126–1132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Homem, T. C., Gaspar, M. F., Santos, M. J. S., Azevedo, A. F., & Canavarro, M. C. (2014). Incredible years parent training: does it improve positive relationships in portuguese families of preschoolers with oppositional/defiant symptoms? *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 1861–1875. <http://10.1007/s10826-014-9988-2>
- Iadarola, S., Levato, L., Harrison, B., Smith, T., Lecavalier, L., Johnson, C., Swiezy, N., Bearss, K., & Scahill, L. (2017). Teaching parents behavioral strategies for autism

- spectrum disorder (asd): Effects on stress, strain, and competence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1031–1040. <http://doi:10.1007/s10803-017-3339-2>
- Kalb, L. G., Badillo-Goicoechea, E., Hologue, C., Riehm, K. E., Thrul, J., Stuart, E. A., Smail, E. J., Law, K., White-Lehman, C., & Fallin, D. (2021). Psychological distress among caregivers raising a child with autism spectrum disorder during the COVID-19 pandemic. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 14(10), 2183–2188. <https://doi.org/10.1002/aur.2589>
- Kidder, L., (Org.). (1976). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. v. 1 - Delineamento de pesquisa. E.P.U.
- Knechtel, M. R. (2014). *Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada*. Intersaberes
- Krakovich, T. M., McGrew, J. H., Yu, Y., & Ruble, L. A. (2016). Stress in parents of children with autism spectrum disorder: An exploration of demands and resources. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 2042–2053. <http://10.1007/s10803-016-2728-2>
- Logo, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do proqol-br. *Estudos de Psicologia*, 18(2), 213-221. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/abstract/?lang=pt#>
- Lopes, V. D., Murari, S. C. ,& Kienen, N. (2021). Capacitação de pais de crianças com tea: Revisão sistemática sob o referencial da Análise do Comportamento. *Revista Educação Especial*, 34, 1-28. <http://dx.doi.org/10.5902/1984686X43768>
- Lucia, S., & Dumas, J. E. (2013). Entre-parents: initial outcome evaluation of a preventive-parenting program for french-speaking parents. *The Journal of Primary Prevention*, 34(3), 135–146. <http://10.1007/s10935-013-0304-5>

Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Bem-estar psicológico: Definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia, | Campinas, 29(4), 597-595.*

<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400013>

Machado, W. L., Bandeira, D. R., & Pawlowski, J., (2013). Validação da psychological well-being scale em uma amostra de estudantes universitários. *Avaliação Psicológica,*

12(2), -263-272. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200017)

[04712013000200017](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200017)

Maenner M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Esler, A., Furnier, S. M., Hallas, L., Hall-Lande, J., Hudson, A., Hughes, M. M., Patrick, M., Pierce, K., Poynter, J. N., Salinas, A., Shenouda, J., Vehorn, A., Warren, Z., Constantino, J. N., ... Cogswell, M., E. (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum

Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities

Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveill Summ 2021,*

70(No. SS-11), 1–16. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>

Matsumoto, Y., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2010). Investigation of the effectiveness and social validity of the triple p positive parenting program in japanese society.

Journal of Family Psychology, 24(1), 87-91. <https://doi.org/10.1037/a0018181>

Mendes, R. M. & Miskulin, R. G. S. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia.

Cadernos de Pesquisa, 47(165), 1044-1066. <http://dx.doi.org/10.1590/198053143988>

Morais, K. A., Gaspar, J. M., & Santos, L. B. (2019). Autismo e o luto vivenciado quando o filho idealizado não atende as expectativas da família. In A. Escudeiro (Org.) (2019).

Morte, perda e luto. (s/p). Editora 3 de maio

Navarro, D.J., & Foxcroft, D. R. (2019). *Learning statistics with jamovi: A tutorial for*

psychology students and other beginners. (Version 0.70). DOI: 10.24384/hgc3-7p15

[Available from url: <http://learnstatswithjamovi.com>]

- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. <http://10.1080/15298860390129863>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <http://10.1080/152988603909027>
- _____. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2), 27-37. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/Self-compassion%20and%20Well-being.pdf>
- _____. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer, & R. Siegel (Eds.). *Compassion and wisdom in psychotherapy* (pp. 79-92). The Guilford Press
- _____. (2015). The five myths of self-compassion. https://greatergood.berkeley.edu/article/item/the_five_myths_of_self_compassion
- _____. (2017). *Autocompaixão: Pare de se torturar e deixe a insegurança para trás*. Lúcida Letra
- _____. (2022). *Autocompaixão feroz: Como as mulheres podem fazer uso da bondade para se manifestar livremente, reivindicar seu poder e prosperar*. Lúcida Letra
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2014). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6, 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0359-2>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- _____. (2019). *Manual de mindfulness e autocompaixão: Um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo*. Artmed
- Neff, K. D., Long, P. Knox, M., et al. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with

psychological functioning. *Self and Identity*, 17(6), 627-645.

<https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1436587>

Northover, C., Deacon, J., King, J., & Irons, C. (2021). Developing self-compassion online: Assessing the efficacy and feasibility of a brief online intervention. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 6(4):28. <http://doi:10.21926/obm.icm.2104056>

Oliveira, J., Oskinis, S., Santos, A. C., & Cordás, T. A. (2020). Existe uma relação entre autocompaixão e adição à comida em mulheres com comportamentos alimentares disfuncionais? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(4), 211-219.

<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000286>

OMS [Organização Mundial da Saúde]. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da cid 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Artmed

Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(6), 1092–1103. <http://10.1007/s10803-007-0497-7>

Papadopoulos, C., Lodder, A., Constantinou, G., & Randhawa, G. (2018). Systematic review of the relationship between autism stigma and informal caregiver mental health. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(4), 1665–1685.

<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3835-z>

Paranhos, R., Filho, D. B. F., Rochas, E. C., et al. (2016). Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, 18(42), p. 384-411. [https://doi.org/10.1590/15174522-](https://doi.org/10.1590/15174522-018004221)

[018004221](https://doi.org/10.1590/15174522-018004221)

Pauscik, M., Urbanowicz, A., Leys, C., Kotsou, I., Baeyens, C., & Shankland, R. (2021).

Self-compassion and rumination type mediate the relation between mindfulness and

parental burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8811. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168811>

Paula, C. S., Cunha, G. R., Coltri e Silva, L., & Teixeira, M. C. T. V. (2017). Conceituação do transtorno do espectro autista: Definição e epidemiologia. In C. A. Bosa , & M. C. T. V. Teixeira. *Autismo: Avaliação psicológica e neuropsicológica* (pp. 7-28).

Hogrefe

Pereira, A. V., Vieira, J. M., & Matos, P. M. (2017). Interface trabalho-família, vinculação romântica e parentalidade. *Análise Psicológica*, 35(1), 73–90.

<https://doi.org/10.14417/ap.1071>

Pérula-de Torres, L. A., Atalaya, J. C. V.-M., García-Campayo, J., Roldán-Villalobos, A., Magallón-Botaya, R., Bartolomé-Moreno, C., Moreno-Martos, H., Melús-Palazón, E., Liétor-Villajos, N., Valverde-Bolívar, F. J., Hachem-Salas, N., Rodríguez, L.-A., Navarro-Gill, M., Epstein., R., Cabézon-Crespo, A., & Moreno, C. M.-V.

(2019). Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and self-compassion 4-session programme versus an 8-session programme to reduce work stress and burnout in family and community medicine physicians and nurses:

MINDUDD study protocol. *BMC Family Practice*, 20(1). <http://10.1186/s12875-019-0913-z>

Pinto, R. N. M., Torquato, I. M. B., Collet, N., Reichert, A. P. S., Neto, V. L. S., & Saraiva, A. M. (2016). Autismo infantil: Impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61572>

Pollak, S. M. (2019). *Self-compassion for parentes: Nurture your child by caring for yourself*. The Guilford Press.

- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D. & Gucht, D. V. (2011). Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250-255. <http://10.1002/cpp.702>
- Revista Autismo (na imprensa). EUA publica nova prevalência de autismo: 1 a cada 44 crianças, com dados do cdc. <https://www.canalautismo.com.br/noticia/eua-publica-nova-prevalencia-de-autismo-1-a-cada-44-criancas-segundo-cdc/>
- Rios, K. de S. A., & Williams, L. C. de A. (2008). Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. *Psicologia Em Estudo*, 13(4), 799-806. <https://www.scielo.br/j/pe/a/5V3hLVFLT3FrbNmmrWhZYBt/abstract/?lang=pt#>
- Robinson, S., Hastings, R. P., Weiss, J. A., Pagavathsing, J., & Lunskey, Y. (2017). Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(3), 454-458. <http://10.1111/jar.12423>
- Rocha, L. F. D., Pereira, L. B., & Peluso, M. L. (2022). Self-compassion scale - short form (scs-sf): Initial evidence of validity in Brazil. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 16(2), 1-20. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.31549>
- Roskam, I., Raes, M.-E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the parental burnout inventory. *Frontiers in Psychology*, 8(163). <http://10.3389/fpsyg.2017.00163>
- Russel. T. (2018). *Mindfulness: Atenção plena no movimento: Uma vida mais feliz, mais saudável com a meditação centrada no corpo*. Madras
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

- Sanders, M. R. (1999). Triple p-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71–90. <http://10.1023/a:1021843613840>
- Sanders, M. R. (2008). Triple p-positive parenting program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 506–517. <http://10.1037/0893-3200.22.3.506>
- Sanders, M. R., & Glynn, T. (1981). Training parents in behavioral self-management: An analysis of generalization and management. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14(3), 223–237. <http://doi:10.1901/jaba.1981.14-223>
- Sanders, M. R., Stallman, H. M., & McHale, M. (2011). Workplace triple p: A controlled evaluation of a parenting intervention for working parents. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 581-590. <http://doi:10.1037/a0024148>
- Santana, V. S., & Gondim, S. .M . G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 21(1), 58-68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Saviato, R. M., Mercer, S., Matos, C. C. P., & Leão, E. R. (2019). Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: Autocompaixão e empatia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(e3151), 1-11. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3049.3151>
- Scahill, L., Bearss, K., Lecavalier, L., Smith, T., Swiezy, N., Aman, M. G., Sukhodolsky, D. G., McCracken, C., Minshawi, N., Turner, K., Levato, L., Saulnier, C., Dziura, J., & Johnson, C. (2016). Effect of parent training on adaptive behavior in children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(7), 602–609. <http://doi:10.1016/j.jaac.2016.05.001>

Schramm, R., & Miller, M. (2014). The seven steps for earning instructional control: a program guide for developing learner cooperation with aba and verbal behavior. Pro ABA

Schramm, R. (na imprensa). The Seven Steps to Earning Instructional Control with your Child. https://bzglfiles.s3.ca-central-1.amazonaws.com/u/158928/4fa97ccda7a1a7b9edcadfcbcef1cc2b37afcba6/original/7-steps-to-instructional-control.pdf?response-content-type=application%2Fpdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIA2AEJH4L527DJJBYE%2F20211223%2Fca-central-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20211223T144158Z&X-Amz-Expires=604800&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=4ad18cda0bb534206fc8c621fe5608ed16167a104130d797d44257eaf08ab8dd

Shahabi, B., Shahabi, R., & Foroozandeh, E. (2019). Analysis of the self-compassion and cognitive flexibility with marital compatibility in parents of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*, 66(4), 282-288. <http://10.1080/20473869.2019.1573000>

Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de pesquisa em psicologia*. 9 ed. AMGH,

Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>

Sirois, F. M., Bögels, S., & Emerson, L-M. (2019). Self-compassion improves parental well-being in response to challenging parenting events. *The Journal of Psychology*, 153(3), 327-341. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1523123>

- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology, 70*(9), 794–807. <http://10.1002/jclp.22076>
- Sopezki, D., Tatton, T., & Barros, V. (2021). *Mindfulness: Um guia para o autoconhecimento*. Alta Life Editora
- Souza, J. B., Barbosa, A. R. A., Gomes, M. B., & Avoglia, H. R. C. (2020). Luto pelo filho ideal: Experiências de mães de bebês com deficiência. In T. N. F. de Matos (Org.) (2020). *A psicologia em diferentes contextos e condições*. (pp. 25-37). Atena Editora
- Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2016a). Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: evidences of construct validity. *Temas em Psicologia, 24*(1), 159-172. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-11>
- _____ (2016b). A autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspectos sociodemográficos. *Psico, 47*(2), 89-98. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.21185>
- _____ (2016c). Self-compassion in relation to self-esteem, self-efficacy and demographical aspects. *Paidéia, 26*(64), 181-188. <http://10.1590/1982-43272664201604>
- Torbet, S., Proeve, M., & Roberts, R. M. (2019). Self-compassion: A protective factor for parents of children with autism spectrum disorder. *Mindfulness, 10*(online), 2492-2506. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01224-5>
- Varella, A. A. B. (2018). Os sinais precoces do transtorno do espectro autista. In A. C. Sella, & D. M. Ribeiro, (orgs). *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista* (pp. 35-44). Curitiba: Appris.
- Warren, R., Smeets, E., & Neff, K. D. (2016). Self-criticism and self-compassion: Risk and resilience for psychopathology. *Current Psychiatry, 15*(12), 18-32. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2016/12/Self-Criticism.pdf>

- Whittingham, K., & Coyne, L. W. (2019). *Acceptance and commitment therapy: The clinician's guide for supporting parents*. Elsevier Inc
- Wong, C. C. Y., Mak, W. W. S., & Liao, K. Y-H. (2016). Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. *Mindfulness*, 7(6), 1385–1395. <http://10.1007/s12671-016-0580-2>
- Yela, J. R., Gómez-Martínez, M. Á., Crego, A., & Jiménez, L. (2019). Effects of the mindful self-compassion programme on clinical and health psychology trainees' well-being: a pilot study. *Clinical Psychologist*. 1-14. <http://doi.org/10.1111/cp.12204>

Apêndices

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS (CCHN)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (TCLE)

(Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de Mestrado em Psicologia, com o título: *“Uma Proposta de Treinamento em Autocompaixão para Cuidadores de Crianças com Transtorno do Espectro Autista”* que será realizada pelo mestrando *Lucas Polezi do Couto* sob orientação da Profa. Dra. Fabiana Pinheiro Ramos, docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Esta pesquisa é um estudo que busca ampliar a discussão sobre os efeitos da autocompaixão em mães, pais e cuidadores de crianças autistas.

OBJETIVOS

Avaliar os efeitos de um treinamento em autocompaixão nos níveis de estresse e ações autocompassivas em mães, pais e cuidadores de referência de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Autocompaixão envolve uma postura de motivação e coragem para entrar em contato com o sofrimento, de forma a direcionar gentileza, bondade, acolhimento e presença para nós mesmos e nosso sofrimento. Através da conexão com o momento presente (Mindfulness ou Atenção Plena) podemos aprender a direcionar a nossa consciência e atenção a experiência do momento presente, sem julgar, criticar ou se apegar.

JUSTIFICATIVA

A prática parental no contexto do TEA envolve várias situações que podem gerar níveis de estresse e dificuldades para lidar com questões emocionais para os(as) cuidadores(as). Algumas dessas situações incluem: comportamentos problemas apresentados pela criança; falta de uma rede de apoio; nível de funcionamento da criança; preocupação com o futuro; conflitos no relacionamento com a criança e(ou) com o(a) parceiro(a), dentre outros aspectos. Pesquisas apontam que pais, mães e cuidadores de referência de pessoas com TEA apresentam menor autocompaixão, bem como a importância da autocompaixão para que os(as) cuidadores(as) possam lidar com momentos de dificuldades emocionais. Assim torna-se importante, avaliar os efeitos de um treinamento em autocompaixão para essa população.

METODOLOGIA

Neste primeiro momento você responderá 1) *Questionário de Caracterização da Amostra* para o levantamento das suas informações sociodemográficas; 2) a *Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)* para avaliar os processos de bem-estar psicológico (p.ex.: relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito de vida e autoaceitação); 3) a *Escala de Estresse Parental (EPPa)* objetivando mensurar indicadores de estresse associados a parentalidade; e 4) a *Escala de Autocompaixão (SCS)* a fim de avaliar a presença e(ou) ausência de repertórios comportamentais autocompassivos.

Após responder a estes instrumentos, você deverá aguardar o contato do pesquisador para agendar sua participação em um treinamento com 5 encontros semanais, as sessões ocorrerão com frequência semanal tendo 2 horas de duração cada encontro. Após a participação na intervenção você será convidado, novamente, a preencher por meio de um formulário *online* 1) a *Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)*; 2) a *Escala de Estresse Parental (EPPa)*; 3) a *Escala de Autocompaixão (SCS)*; e 4) o *Questionário de Avaliação da Intervenção*, com o objetivo de identificar e analisar os impactos e possíveis contribuições do treinamento no seu bem-estar psicológico e nos seus indicadores de autocompaixão.

RISCOS E DESCONFORTOS

A participação neste estudo é considerada de risco moderado, visto que a no treinamento poderá gerar em você uma sensação de transbordamento emocional, devido a possibilidade de você (re)lembrar de experiências difíceis que você teve durante sua prática parental ou a partir do seu crescimento enquanto pessoa. O treinamento, também, poderá gerar em você respostas emocionais (p.ex.: choro), bem como, criar situações para que você se vulnerabilize e entre em contato com emoções, pensamentos e lembranças avaliadas como desagradáveis. Tais riscos buscarão ser minimizados pelo pesquisador, tendo em vista a respeitar os sentimentos vivenciados por você e, na medida em que seja identificado desconforto ou sofrimento relacionado às práticas e temáticas abordadas ao longo do treinamento, você poderá entrar em contato com o pesquisador pelos seguintes contatos: lucas.couto@edu.ufes.br ou (27) 99863-5629, para que ele possa lhe fornecer acolhimento e suporte emocional breve, bem como disponibilizar outras orientações que forem necessárias. Além disso, existem alguns riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das tecnologias utilizadas. Algumas dessas limitações incluem: interrupção do preenchimento dos formulários ou na participação dos encontros caso a rede de internet do participante apresente inconsistência e não arquivamento e/ou extravio das respostas do participante, decorrente de algum erro na tecnologia utilizada. . A fim de minimizar os riscos ligados a tecnologia, o pesquisador irá realizar o *download* das respostas dos participantes em um arquivo físico, apagará as respostas do arquivo digital (nuvem) e após a análise das mesmas as respostas (baixadas no arquivo físico) serão armazenadas por um período de 5 anos e após esse período serão destruídas (apagadas), com o objetivo de garantir a confidencialidade e proteção dos seus dados.

BENEFÍCIOS

Você se beneficiará diretamente ao participar dessa pesquisa, pois poderá aprender, a partir do treinamento, formas de ser mais compassivo para consigo mesmo(a), bem como, direcionar mais atenção, gentileza e bondade para você e para os seus momentos de sofrimento. O treinamento em autocompaixão também poderá contribuir de forma indireta para a melhoria da sua relação com seus(suas) filhos(as), seu(sua) parceiro(a), ter uma expectativa de futuro mais assertiva e realista, dentre outros benefícios.

Além disso, espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para a disseminação de conhecimento e procedimentos baseados em evidência que possibilitem melhorias para a comunidade de pais, mães e cuidadores de referência de crianças com TEA, bem como, para as próprias crianças.

REMUNERAÇÃO E RESSARCIMENTO

A participação na pesquisa é voluntária, logo, você não receberá nem pagará nada para participar da pesquisa. Você poderá ser ressarcido de eventuais gastos decorrentes de sua participação na pesquisa. Caso você se sinta lesado por eventuais danos decorrentes de sua participação neste estudo, é garantido o direito a solicitação de indenização, tal como consta no item IV.4.c da Res. CNS 466/12.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa. O sigilo da sua identidade será resguardado durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação dos resultados.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você pode contatar o pesquisador Lucas Polezi do Couto, no telefone (27) 99863-5629, pelo e-mail: lucas.couto@edu.ufes.br ou então no seguinte endereço Avenida Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória–ES. Caso necessite, você também pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFES pelo telefone (27) 3145-9820 e no endereço Av. Fernando Ferrari, nº 514, Goiabeiras, Vitória/ES no Prédio Administrativo do CCHN, ou por e-mail: cep.goiabeiras@gmail.com.

Através do link a seguir você conseguirá baixar ou imprimir uma via do TCLE: *[será indexado um link com o TCLE assinado aqui, após aprovação no CEP]*.

Você concorda com sua participação nessa pesquisa? * Este campo é obrigatório.

SIM, CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA.

NÃO, NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA.

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Assinado pelo Pesquisador e pela Orientadora (Disponibilizado para os Participantes)

Página 1 de 3



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS (CCHN)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de Mestrado em Psicologia, com o título: *“Uma Proposta de Treinamento em Autocompaixão para Cuidadores de Crianças com Transtorno do Espectro Autista”* que será realizada pelo mestrando *Lucas Polezi do Couto* sob orientação da Profa. Dra. Fabiana Pinheiro Ramos, docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Esta pesquisa é um estudo que busca ampliar a discussão sobre os efeitos da autocompaixão em mães, pais e cuidadores de crianças autistas.

OBJETIVOS

Autocompaixão envolve uma postura de motivação e coragem para entrar em contato com o sofrimento, de forma a direcionar gentileza, bondade, acolhimento e presença para nós mesmos e nosso sofrimento. Através da conexão com o momento presente (Mindfulness ou Atenção Plena) podemos aprender a direcionar a nossa consciência e atenção a experiência do momento presente, sem julgar, criticar ou se apegar.

Nesse contexto, esta pesquisa visa avaliar os efeitos de um treinamento em autocompaixão nos níveis de estresse e no comportamento autocompassivo de mães, pais e cuidadores de referência de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

JUSTIFICATIVA

A prática parental no contexto do TEA envolve várias situações que podem gerar níveis de estresse e dificuldades para lidar com questões emocionais para os(as) cuidadores(as). Algumas dessas situações incluem: comportamentos problemas apresentados pela criança; falta de uma rede de apoio; nível de funcionamento da criança; preocupação com o futuro; conflitos no relacionamento com a criança e(ou) com o(a) parceiro(a), dentre outros aspectos. Pesquisas apontam que pais, mães e cuidadores de referência de pessoas com TEA apresentam menor autocompaixão, bem como a importância da autocompaixão para que os(as) cuidadores(as) possam lidar com momentos de dificuldades emocionais. Assim torna-se importante, avaliar os efeitos de um treinamento em autocompaixão para essa população.

METODOLOGIA

Neste primeiro momento você responderá 1) *Questionário de Caracterização da Amostra* para o levantamento das suas informações sociodemográficas; 2) a *Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP)* para avaliar os processos de bem-estar psicológico (p.ex.: relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito de vida e autoaceitação); 3) a *Escala de Estresse Parental (EPPa)* objetivando mensurar indicadores de



estresse associados a parentalidade; e 4) a *Escala de Autocompaixão (SCS)* a fim de avaliar a presença ou ausência de repertórios comportamentais autocompassivos.

Após responder a estes instrumentos, você deverá aguardar o contato do pesquisador para agendar sua participação em um treinamento com 5 encontros um a cada semana, e com duração de 2 horas cada. Após a participação na intervenção você será convidado, novamente, a preencher por meio de um formulário *online* 1) a *EBEP*; 2) a *EEPa*; 3) a *SCS*; e 4) o *Questionário de Avaliação da Intervenção*, com o objetivo de identificar e analisar os impactos e possíveis contribuições do treinamento no seu bem-estar psicológico e nos seus indicadores de autocompaixão.

RISCOS E DESCONFORTOS

A participação neste estudo é considerada de risco moderado, visto que a no treinamento poderá gerar em você uma sensação de transbordamento emocional, devido a possibilidade de você (re)lembrar de experiências difíceis que você teve durante sua prática parental ou a partir do seu crescimento enquanto pessoa. O treinamento, também, poderá gerar em você respostas emocionais (p.ex.: choro), bem como, criar situações para que você se vulnerabilize e entre em contato com emoções, pensamentos e lembranças avaliadas como desagradáveis. Tais riscos buscarão ser minimizados pelo pesquisador, tendo em vista a respeitar os sentimentos vivenciados por você e, na medida em que seja identificado desconforto ou sofrimento relacionado às práticas e temáticas abordadas ao longo do treinamento, você poderá entrar em contato com o pesquisador pelos seguintes contatos: lucas.couto@edu.ufes.br ou (27) 99863-5629, para que ele possa lhe fornecer acolhimento e suporte emocional breve, bem como disponibilizar outras orientações que forem necessárias. Além disso, existem alguns riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das tecnologias utilizadas. Algumas dessas limitações incluem: interrupção do preenchimento dos formulários ou na participação dos encontros caso a rede de internet do participante apresente inconsistência e não arquivamento e/ou extravio das respostas do participante, decorrente de algum erro na tecnologia utilizada. A fim de minimizar os riscos ligados a tecnologia, o pesquisador irá realizar o *download* das respostas dos participantes em um arquivo físico, apagar as respostas do arquivo digital (nuvem) e após a análise das mesmas as respostas (baixadas no arquivo físico) serão armazenadas por um período de 5 anos e após esse período serão destruídas (apagadas), com o objetivo de garantir a confidencialidade e proteção dos seus dados.

BENEFÍCIOS

Você se beneficiará diretamente ao participar dessa pesquisa, pois poderá aprender, a partir do treinamento, formas de ser mais compassivo para consigo mesmo(a), bem como, direcionar mais atenção, gentileza e bondade para você e para os seus momentos de sofrimento. O treinamento em autocompaixão também poderá contribuir de forma indireta para a melhoria da sua relação com seus(suas) filhos(as), seu(sua) parceiro(a), ter uma expectativa de futuro mais assertiva e realista, dentre outros benefícios.

Além disso, espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para a disseminação de conhecimento e procedimentos baseados em evidência que possibilitem melhorias para a comunidade de pais, mães e cuidadores de referência de crianças com TEA, bem como, para as próprias crianças.

REMUNERAÇÃO E RESSARCIMENTO

A participação na pesquisa é voluntária, logo, você não receberá nem pagará nada para participar da pesquisa. Você poderá ser ressarcido de eventuais gastos decorrentes de sua participação na pesquisa. Caso você se sinta lesado por eventuais danos decorrentes de sua participação neste estudo, é garantido o direito a solicitação de indenização, tal como consta no item IV.4.c da Res. CNS 466/12.

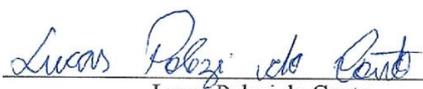
GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa. O sigilo da sua identidade será resguardado durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação dos resultados.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você pode contatar o pesquisador Lucas Polezi do Couto, no telefone (27) 99863-5629, pelo e-mail: lucas.couto@edu.ufes.br ou então no seguinte endereço Avenida Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória-ES. Caso necessite, você também pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFES pelo telefone (27) 3145-9820 e no endereço Av. Fernando Ferrari, nº 514, Goiabeiras, Vitória/ES no Prédio Administrativo do CCHN, ou por e-mail: cep.goiabeiras@gmail.com.

Vitória, Espírito Santo, 26 de julho de 2022.



Lucas Polezi do Couto
Mestrando

Fabiana Pinheiro Ramos
Professora Orientadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
FABIANA PINHEIRO RAMOS - SIAPE 3352238
Departamento de Psicologia - DP/CCHN
Em 28/07/2022 às 09:08

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/525176?tipoArquivo=O>

Apêndice C**Questionário de Caracterização da Amostra**

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

Escolaridade:

- Ensino fundamental incompleto Ensino médio completo
 Ensino fundamental completo Ensino superior incompleto
 Ensino médio incompleto Ensino superior completo

Estado civil: _____

Cidade em que reside: _____

Quantos membros da família residem na mesma casa? _____

Você trabalha? () Sim () Não

Qual a carga horária de trabalho você realiza? _____

1. Qual sua função ou papel parental?

- Mãe Pai Avô Avó Tio Tia
 Outro? Qual _____

2. Você tem quantos(as)? Filhos(as)?

- 1 2 3 4 Mais que 4

3. Seu(Sua) filho(a) possui diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

- Sim Não

4. Quantos(as) filhos(as) possuem o diagnóstico de TEA?

- 1 2 Mais que 2

5. Idade do(a) seu(sua) filho(a) diagnosticado(a) com TEA?

6. Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico de TEA do(a) seu(sua) filho(a)?

- Menos de 1 ano Há 2 anos Entre 5 a 6 anos
 Há mais de 1 ano Entre 3 a 4 anos Há mais que 6 anos

7. Qual o nível de funcionamento do seu(sua) filho(a)?

- Nível 1 Nível 2 Nível 3 Não sei dizer

8. Seu(Sua) filho(a) realiza algum tratamento ou terapia?

- Sim Não

9. Qual o tratamento realizado pelo(a) seu(sua) filho(a)?

- Terapia ABA
 Terapia Cognitivo-Comportamental
 Outro. Especifique: _____

10. Onde seu(sua) filho(a) realiza acompanhamento?

Clínica privada

APAE

Não realiza acompanhamento

Outro. Especifique: _____

11. Há quanto tempo seu(sua) filho(a) realiza tratamento?

12. Você faz psicoterapia individual no momento?

Sim Não

13. Você participa atualmente de intervenções em caráter de orientação parental ou treino de pais?

Sim Não

14. Você tem acesso à internet e a um equipamento eletrônico (celular, tablet, computador ou notebook) que permita a sua participação no treinamento?

Sim Não

15. Teremos possibilidade de 2 horários para a realização do treinamento. O treinamento ocorrerá com frequência semanal, tendo 2 horas de duração cada encontro, sendo que serão realizados um total de 5 encontros. Assinale abaixo a opção de dia e horário em que você consegue participar do treinamento.

Encontro nas Segundas-feiras, de 19:00 horas até as 21:00 horas.

Encontro nas Quintas-feiras, de 14:00 horas até as 16:00 horas.

Apêndice D

Questionário de Avaliação da Intervenção

Seção 1 – Impressões a respeito da intervenção

Nesta seção são apresentadas algumas perguntas relativas às suas impressões a respeito da intervenção em autocompaixão que você participou. Vamos lá?

1. Em uma escala de 0 a 10, o quão foi importante para você participar da intervenção?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. De modo geral, o que você achou da intervenção em autocompaixão?
3. Quais foram os pontos mais relevantes que você percebeu da intervenção?
4. Você se sentiu desconfortável com alguma temática abordada no treinamento? Você poderia explicar sua resposta?
5. Você se sentiu desconfortável ao realizar alguma atividade ou prática no treinamento? Você poderia explicar sua resposta?

Seção 2 – Contribuições da intervenção para sua vida

Nesta seção você é convidado a responder sobre quais as afetações e contribuições que você percebeu da intervenção para sua vida (p.ex.: aumento na autocompaixão, qualidade de vida, aumento de bem-estar, melhoria nos relacionamentos familiares). Vamos lá?

1. Em uma escala de 0 a 10, o quão você acha que a intervenção em autocompaixão impactou positivamente em sua vida?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Descreva, se possível, quais os principais impactos positivos que você avalia que o treinamento em autocompaixão teve em sua vida.
3. Em uma escala de 0 a 10, o quão você acha que a intervenção em autocompaixão impactou negativamente em sua vida?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Descreva, se possível, quais os principais impactos negativos que você avalia que o treinamento em autocompaixão teve em sua vida.
5. Você considera que o treinamento em autocompaixão contribuiu para mudar a forma como você se relaciona consigo mesmo(a)? Você poderia explicar sua resposta?
6. Você considera que o treinamento em autocompaixão contribuiu para sua qualidade de vida e bem-estar psicológico? Você poderia explicar sua resposta?
7. Você considera que o treinamento em autocompaixão contribuiu na melhoria do seu relacionamento com seu(sua) filho(a) e(ou) com seu(sua) parceiro(a)? Você poderia explicar sua resposta?

Seção 3 - Comentários adicionais

1. Caso eu não tenha feito alguma pergunta sobre algum aspecto da sua experiência com o treinamento, que você considera importante, sinta-se à vontade para deixar suas contribuições relatando sua vivência sobre outros aspectos do treinamento que você achar importante.

Agradecimentos:

Sua participação foi extremamente importante para a construção desta pesquisa! Agradeço pela sua participação no treinamento, pelas suas respostas e por ter compartilhado sua vivência comigo.

Apêndice E

Flyer de Divulgação das Turmas 1 e 2



**Participe da
nossa
pesquisa**

Cuidadores de crianças
Autistas são compassivos para
com suas crianças, mas em
que momento você direciona
compaixão para si mesmo(a)?



**Treinamento em Autocompaixão para cuidadores
de crianças com Transtorno do Espectro Autista**

PARTICIPANTES: mães, pais ou cuidadores de referência de crianças
com Transtorno no Espectro Autista (TEA) com idade entre 2 a 11 anos

FORMATO: remoto (online - ao vivo) - serão realizados 5 encontros.

Previsão de início do Treinamento: INÍCIO DE AGOSTO

Para participar clique neste link e preencha seus dados:

<https://pesquisa.ufes.br/limesurvey/index.php/822493?lang=pt-BR>

MESTRANDO: Lucas Polezi do Couto (Psicólogo CRP 16/6198 e 08/IS-715)
Cel.: (27) 99863-5629. E-mail: lucas.couto@edu.ufes.br

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Fabiana Pinheiro Ramos
Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP)
Aprovado no Comitê de Ética - Parecer nº 5.518.259

Apêndice F

Flyer de Divulgação das Turmas 3 e 4

Cuidadores de crianças Autistas são compassivos para com suas crianças, mas em que momento você direciona compaixão para si mesmo(a)?



PARTICIPE DA NOSSA PESQUISA

TREINAMENTO EM AUTOCOMPAIXÃO PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Arraste para o lado, para mais informações

1/3 

PÚBLICO-ALVO: mães, pais ou cuidadores de referência de crianças com Transtorno no Espectro Autista (TEA) e com idade entre 2 anos a 11 anos e 11 meses de idade.

FORMATO: remoto (online - ao vivo) - serão realizados 5 encontros, as quintas-feiras.

INÍCIO EM: 13 de outubro de 2022.



Aprovado no Comitê de Ética de Goiabeiras (UFES) - Parecer nº 5.518.259

2/3

MESTRANDO: Lucas Polezi do Couto
(Psicólogo CRP 16/6198 e 08/IS-715)
Cel.: (27) 99863-5629.
E-mail: lucas.couto@edu.ufes.br

ORIENTADORA: Profª Drª Fabiana
Pinheiro Ramos
Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP - UFES)

Para participar clique neste link e preencha seus dados:

<https://pesquisa.ufes.br/limesurvey/index.php/822493?lang=pt-BR>



Aprovado no Comitê de Ética Goiabeiras (UFES) - Parecer nº 5.518.259

3/3

Apêndice G

Flyer de Divulgação das Turmas 5 e 6

Cuidadores de crianças Autistas são compassivos para com suas crianças, mas em que momento você direciona compaixão para si mesmo(a)?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
DOCETE OMNES GENTES

PARTIPE DA NOSSA PESQUISA

TREINAMENTO EM AUTOCOMPAIXÃO PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Arraste para o lado, para mais informações

1/4

PÚBLICO-ALVO: mães, pais ou cuidadores legais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e com idade entre 2 anos a 11 anos e 11 meses.

FORMATO: remoto (online - ao vivo) - um total de 5 encontros, aos Sábados.

INÍCIO EM: 12 de novembro de 2022.

Aprovado no Comitê de Ética de Goiabeiras (UFES) - Parecer nº 5.518.259

2/4

DATA DOS ENCONTROS:

- 12/11/2022
- 26/11/2022
- 03/12/2022
- 10/12/2022
- 17/12/2022

OPÇÕES DE HORÁRIO:

- Sábado, de 08:00 às 10:00 horas.
- Sábado, de 14:00 às 16:00 horas

O TREINAMENTO É GRATUITO

Aprovado no Comitê de Ética de Goiabeiras (UFES) - Parecer nº 5.518.259

3/4

MESTRANDO: Lucas Polezi do Couto (Psicólogo CRP 16/6198 e 08/IS-715)
Cel.: (27) 99863-5629.
E-mail: lucas.couto@edu.ufes.br

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Fabiana Pinheiro Ramos
Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP - UFES)

Para participar clique neste link e preencha seus dados:

<https://forms.gle/Lq2hC5P4YsABnPH37>

Aprovado no Comitê de Ética Goiabeiras (UFES) - Parecer nº 5.518.259

4/4

Apêndice H

E-mail Enviado para as Pessoas Seleccionadas - Turma 1 (Matutino)

20/02/2023, 14:50 E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino



Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>

Início Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino
1 mensagem

Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br> 8 de agosto de 2022 às 12:55
Para: Fabiana Pinheiro Ramos <fabiana.ramos@ufes.br>
Cco:

Olá, Boa Tarde

Como vocês estão?
Espero e desejo que todas(os) estejam bem!

O motivo do presente e-mail é para formalizar o contato que tivemos ontem, por meio do grupo de WhatsApp. Eu sou o Lucas, profissional que está desenvolvendo o **Treinamento em Autocompaixão para Mães, Pais e Cuidadores legais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Primeiramente gostaria de expressar minha gratidão e alegria por ter vocês aqui. Aproveito para agradecer a vocês por terem realizado a inscrição e estarem investindo tempo para esse momento.

Este grupo tem como propósito facilitar a comunicação entre a gente, bem como ser um espaço onde eu estarei compartilhando alguns materiais com vocês.

O treinamento iniciará esta semana e nosso primeiro encontro será no dia 11/08, mas antes de passar as datas dos demais encontros, compartilho com vocês alguns dos combinados para os nossos encontros, bem como, para utilização do grupo aqui no WhatsApp.

PRECISO QUE TODOS LEIAM ANTES DA SESSÃO DE QUINTA.

1. É ESSENCIAL e NECESSÁRIO para participar do treinamento estar conectado de um computador, COMA CÂMERA ABERTA SEMPRE. É importante pontuar que, caso precise algum dia estar no celular ou o tablet, o zoom não funciona corretamente no 3G/4G.
2. Nós utilizaremos o aplicativo **Zoom Meetings** para realizar os encontros, por esse motivo, caso você não tenha esse aplicativo no seu computador/notebook ou celular/tablet, peço que o baixe antes do nosso primeiro encontro.
3. Este treinamento só ocorrerá em caráter ao vivo e será facilitado por mim, por esse motivo caso você precise sair do grupo (não possa continuar por algum motivo) por motivos de segurança emocional não poderei continuar enviando os materiais e práticas que você não fez primeiro com a minha supervisão. Caso você precise parar o grupo, também precisará sair do grupo de recados (este). Caso você tenha que parar ou faltar a algum encontro, não são feitas reposições.
4. Se você não está familiarizada com o zoom e suas funções como ligar/desligar câmera, mandar mensagens no chat, ir para salas de partilha por favor falar com a minha assistente, a Isadora.
5. Durante os nossos dias juntos teremos diversos momentos de partilha em duplas ou trios, essas partilhas são parte essencial do treinamento, caso você não esteja se sentindo bem para partilhar após as práticas peço que você me avise, para que possamos te ajudar, caso seja possível.
6. Caso falte, avise, pois estarei esperando você
7. Todos os materiais que você precisa nesse momento para o aprendizado deste treinamento serão enviados. Entre praticar e ler a recomendação é praticar nesse momento
8. Peço que deixe reservado (próximo a você) folhas de papel ofício ou um caderno e um lápis ou canetas, pois para algumas práticas você precisará anotar as suas observações. Caso queira utilizar o caderno/folha de papel ofício para fazer anotações ao longo do treinamento, não tem problemas.
9. Em grande parte do seu dia (leia-se da sua vida), mães, pais e cuidadores legais de crianças autistas são convocadas e dedicam atenção total e exclusiva a seu(sua) filho(a). Contudo, nessas 5 semanas nosso foco é no acolhimento a você cuidador(a), dedicar cuidado a quem cuida, nosso foco, também, será na prática pessoal, em abrir o coração e se entregar às práticas.

Se você tiver alguma dúvida, por favor mande mensagem no WhatsApp.

Teremos no total **5 encontros**, que ocorrerão com frequência semanal. Os encontros serão realizados nas **quintas-feiras de 08:00 às 10:00 horas (Horário de Brasília)**, tendo 2 horas de duração.

Os encontros ocorrerão nos dias:

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=eb53a29bad&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-2322148619941091531&siml=msg-a%3Ar7060...> 1/2

20/02/2023, 14:50

E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino

11/08/2022

18/08/2022

25/08/2022

01/09/2022

08/09/2022

Atenciosamente...

Lucas Polezi do Couto

Psicólogo CRP 16/6198 & CRP-08/S-715

Mestrando em Psicologia (PPGP UFES)

Contatos: psicologo.lucaspolezi@gmail.com/lucas.couto@edu.ufes.br

(27) 99863-5629

"Nada vem até nós, nem vai embora, sem nos ensinar tudo o que precisamos saber."

Apêndice I

E-mail Enviado para as Pessoas Seleccionadas - Turma 2 (Vespertino)

20/02/2023, 14:56 E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino



Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>

Início Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino
1 mensagem

Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br> 8 de agosto de 2022 às 12:53
Para: Fabiana Pinheiro Ramos <fabiana.ramos@ufes.br>
Cc:

Olá, Boa Tarde

Como vocês estão?
Espero e desejo que todas(os) estejam bem!

O motivo do presente e-mail é para formalizar o contato que tivemos ontem, por meio do grupo de WhatsApp. Eu sou o Lucas, profissional que está desenvolvendo o **Treinamento em Autocompaixão para Mães, Pais e Cuidadores legais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Primeiramente gostaria de expressar minha gratidão e alegria por ter vocês aqui. Aproveito para agradecer a vocês por terem realizado a inscrição e estarem investindo tempo para esse momento.

Este grupo tem como propósito facilitar a comunicação entre a gente, bem como ser um espaço onde eu estarei compartilhando alguns materiais com vocês.

O treinamento iniciará esta semana e nosso primeiro encontro será no dia 11/08, mas antes de passar as datas dos demais encontros, compartilho com vocês alguns dos combinados para os nossos encontros, bem como, para utilização do grupo aqui no WhatsApp.

PRECISO QUE TODOS LEIAM ANTES DA SESSÃO DE QUINTA.

1. É **ESSENCIAL** e **NECESSÁRIO** para participar do treinamento estar conectado de um computador, COM A CÂMERA ABERTA SEMPRE. É importante pontuar que, caso precise algum dia estar no celular ou o tablet, o zoom não funciona corretamente no 3G/4G.
2. Nós utilizaremos o aplicativo **Zoom Meetings** para realizar os encontros, por esse motivo, caso você não tenha esse aplicativo no seu computador/notebook ou celular/tablet, peço que o baixe antes do nosso primeiro encontro.
3. Este treinamento só ocorrerá em caráter ao vivo e será facilitado por mim, por esse motivo caso você precise sair do grupo (não possa continuar por algum motivo) por motivos de segurança emocional não poderei continuar enviando os materiais e práticas que você não fez primeiro com a minha supervisão. Caso você precise parar o grupo, também precisará sair do grupo de recados (este). Caso você tenha que parar ou faltar a algum encontro, não são feitas reposições.
4. Se você não está familiarizada com o zoom e suas funções como ligar/desligar câmera, mandar mensagens no chat, ir para salas de partilha por favor falar com a minha assistente, a Maria Luíza
5. Durante os nossos dias juntos teremos diversos momentos de partilha em duplas ou trios, essas partilhas são parte essencial do treinamento, caso você não esteja se sentindo bem para partilhar após as práticas peço que você me avise, para que possamos te ajudar, caso seja possível.
6. Caso falte, avise, pois estarei esperando você
7. Todos os materiais que você precisa nesse momento para o aprendizado deste treinamento serão enviados. Entre praticar e ler a recomendação é praticar nesse momento
8. Peço que deixe reservado (próximo a você) folhas de papel ofício ou um caderno e um lápis ou canetas, pois para algumas práticas você precisará anotar as suas observações. Caso queira utilizar o caderno/folha de papel ofício para fazer anotações ao longo do treinamento, não tem problemas.
9. Em grande parte do seu dia (leia-se da sua vida), mães, pais e cuidadores legais de crianças autistas são convocadas e dedicam atenção total e exclusiva a seu(sua) filho(a). Contudo, nessas 5 semanas nosso foco é no acolhimento a você cuidador(a), dedicar cuidado a quem cuida, nosso foco, também, será na prática pessoal, em abrir o coração e se entregar às práticas.

Se você tiver alguma dúvida, por favor mande mensagem no WhatsApp.

Teremos no total **5 encontros**, que ocorrerão com frequência semanal. Os encontros serão realizados nas **quintas-feiras de 14:00 às 16:00 horas (Horário de Brasília)**, tendo 2 horas de duração.

Os encontros ocorrerão nos dias:

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=eb53a29bad&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-68913456655684317&siml=msg-a%3Ar-73870...> 1/2

20/02/2023, 14:56

E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino

11/08/2022
18/08/2022
25/08/2022
01/09/2022
08/09/2022

Atenciosamente...

Lucas Polezi do Couto

Psicólogo CRP 16/6198 & CRP-08/IS-715

Mestrando em Psicologia (PPGP UFES)

Contatos: psicologo.lucaspolezi@gmail.com/lucas.couto@edu.ufes.br

(27) 99863-5629

"Nada vem até nós, nem vai embora, sem nos ensinar tudo o que precisamos saber."

Apêndice J

E-mail Enviado para as Pessoas Seleccionadas - Turma 3 (Matutino)

20/02/2023, 15:08 E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início 2ª Turma Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino (08:00 às ...



Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>

Início 2ª Turma Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino (08:00 às 10:00h)
1 mensagem

Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br> 11 de outubro de 2022 às 14:15
Para: Fabiana Pinheiro Ramos <fabiana.ramos@ufes.br>
Cc: ...
Cco:

Olá, Boa Tarde

Como vocês estão?
Espero e desejo que todas(os) estejam bem!

Eu sou o Lucas, profissional que está desenvolvendo o **Treinamento em Autocompaixão para Mães, Pais e Cuidadores legais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Estou enviando esse e-mail para informar que você foi selecionada(o) para participar do treinamento.

Em breve entrarei em contato com você através do whatsapp, para lhe dar mais informações

Primeiramente gostaria de expressar minha gratidão e alegria por ter vocês aqui. Aproveito para agradecer a vocês por terem realizado a inscrição e estarem investindo tempo para esse momento.

Antes do nosso primeiro encontro irei criar um grupo de Whasapp com todas(os) as(os) participantes. Este grupo terá como propósito facilitar a comunicação entre a gente, bem como ser um espaço onde eu estarei compartilhando alguns materiais com vocês.

O treinamento iniciará na semana que vem e nosso **primeiro encontro será no dia 20/10**, mas antes de passar as datas dos demais encontros, compartilho com vocês alguns dos combinados para os nossos encontros, bem como, para utilização do grupo aqui no WhatsApp.

PRECISO QUE TODOS LEIAM ANTES DA SESSÃO.

1. É ESSENCIAL e NECESSÁRIO para participar do treinamento estar conectado de um computador, COM A CÂMERA ABERTA SEMPRE. É importante pontuar que, caso precise algum dia estar no celular ou o tablet, o zoom não funciona corretamente no 3G/4G.
2. Nós utilizaremos o aplicativo **Zoom Meetings** para realizar os encontros, por esse motivo, caso você não tenha esse aplicativo no seu computador/notebook ou celular/tablet, peço que o baixe antes do nosso primeiro encontro.
3. Este treinamento só ocorrerá em caráter ao vivo e será facilitado por mim, por esse motivo caso você precise sair do grupo (não possa continuar por algum motivo) por motivos de segurança emocional não poderei continuar enviando os materiais e práticas que você não fez primeiro com a minha supervisão. Caso você precise parar o grupo, também precisará sair do grupo de recados (este). Caso você tenha que parar ou faltar a algum encontro, não são feitas reposições.
4. Se você não está familiarizada com o zoom e suas funções como ligar/desligar câmera, mandar mensagens no chat, ir para salas de partilha por favor falar com a minha assistente, a Isadora.
5. Durante os nossos dias juntos poderemos ter diversos momentos de partilha em duplas ou trios, essas partilhas são parte essencial do treinamento, caso você não esteja se sentindo bem para partilhar após as práticas peço que você me avise, para que possamos te ajudar, caso seja possível.
6. Caso falte, avise, pois estarei esperando você
7. Todos os materiais que você precisa nesse momento para o aprendizado deste treinamento serão enviados. Entre praticar e ler a recomendação é praticar nesse momento
8. Peço que deixe reservado (próximo a você) folhas de papel ofício ou um caderno e um lápis ou canetas, pois para algumas práticas você precisará anotar as suas observações. Caso queira utilizar o caderno/folha de papel ofício para fazer anotações ao longo do treinamento, não tem problemas.
9. Em grande parte do seu dia (leia-se da sua vida), mães, pais e cuidadores legais de crianças autistas são convocadas e dedicam atenção total e exclusiva a seu(sua) filho(a). Contudo, nessas 5 semanas nosso foco é no acolhimento a você cuidador(a), dedicar cuidado a quem cuida, nosso foco, também, será na prática pessoal, em abrir o coração e se entregar às práticas.

Se você tiver alguma dúvida, por favor mande mensagem no WhatsApp.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=eb53a29bad&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar5996214205063727362&simpl=msg-a%3Ar2868...> 1/2

20/02/2023, 15:08 E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início 2ª Turma Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino (08:00 às ...

Teremos no total **5 encontros**, que ocorrerão com frequência semanal. Os encontros serão realizados nas **quintas-feiras de 08:00 às 10:00 horas (Horário de Brasília)**, tendo 2 horas de duração.

Os encontros ocorrerão nos dias:

20/10/2022
27/10/2022
03/11/2022
10/11/2022
17/11/2022

Atenciosamente...

Lucas Polezi do Couto

Psicólogo CRP 16/6198 & CRP-08/IS-715

Mestrando em Psicologia (PPGP UFES)

Contatos: psicologo.lucaspolezi@gmail.com/lucas.couto@edu.ufes.br

(27) 99863-5629

"Nada vem até nós, nem vai embora, sem nos ensinar tudo o que precisamos saber."

Apêndice K

E-mail Enviado para as Pessoas Seleccionadas - Turma 4 (Vespertino)

20/02/2023, 15:12 E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início 2ª Turma Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino (14:00 à...



Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>

Início 2ª Turma Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino (14:00 às 16:00h)
1 mensagem

Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br> 14 de outubro de 2022 às 09:59
Para:
Cco: .

Olá, Boa Tarde

Como vocês estão?
Espero e desejo que todas(os) estejam bem!

Eu sou o Lucas, profissional que está desenvolvendo o **Treinamento em Autocompaixão para Mães, Pais e Cuidadores legais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Estou enviando esse e-mail para informar que você foi selecionada(o) para participar do treinamento.

Em breve entrarei em contato com você através do whatsapp, para lhe dar mais informações

Primeiramente gostaria de expressar minha gratidão e alegria por ter vocês aqui. Aproveito para agradecer a vocês por terem realizado a inscrição e estarem investindo tempo para esse momento.

Antes do nosso primeiro encontro irei criar um grupo de Whatsapp com todas(os) as(os) participantes. Este grupo terá como propósito facilitar a comunicação entre a gente, bem como ser um espaço onde eu estarei compartilhando alguns materiais com vocês.

O treinamento iniciará na semana que vem e nosso **primeiro encontro será no dia 20/10**, mas antes de passar as datas dos demais encontros, compartilho com vocês alguns dos combinados para os nossos encontros, bem como, para utilização do grupo do WhatsApp.

PRECISO QUE TODOS LEIAM ANTES DA SESSÃO.

1. É ESSENCIAL e NECESSÁRIO para participar do treinamento estar conectado de um computador, COM A CÂMERA ABERTA SEMPRE. É importante pontuar que, caso precise algum dia estar no celular ou o tablet, o zoom não funciona corretamente no 3G/4G.
2. Nós utilizaremos o aplicativo **Zoom Meetings** para realizar os encontros, por esse motivo, caso você não tenha esse aplicativo no seu computador/notebook ou celular/tablet, peço que o baixe antes do nosso primeiro encontro.
3. Este treinamento só ocorrerá em caráter ao vivo e será facilitado por mim, por esse motivo caso você precise sair do grupo (não possa continuar por algum motivo) por motivos de segurança emocional não poderei continuar enviando os materiais e práticas que você não fez primeiro com a minha supervisão. Caso você precise parar o grupo, também precisará sair do grupo de recados (este). Caso você tenha que parar ou faltar a algum encontro, não são feitas reposições.
4. Se você não está familiarizada(o) com o zoom e suas funções como ligar/desligar câmera, mandar mensagens no chat, ir para salas de partilha por favor falar com a minha assistente, a Maria Luiza
5. Durante os nossos dias juntos poderemos ter diversos momentos de partilha em duplas ou trios, essas partilhas são parte essencial do treinamento, caso você não esteja se sentindo bem para partilhar após as práticas peço que você me avise, para que possamos te ajudar, caso seja possível.
6. Caso falte, avise, pois estarei esperando você
7. Todos os materiais que você precisa nesse momento para o aprendizado deste treinamento serão enviados. Entre praticar e ler a recomendação é praticar nesse momento
8. Peço que deixe reservado (próximo a você) folhas de papel ofício ou um caderno e um lápis ou canetas, pois para algumas práticas você precisará anotar as suas observações. Caso queira utilizar o caderno/folha de papel ofício para fazer anotações ao longo do treinamento, não tem problemas.
9. Em grande parte do seu dia (leia-se da sua vida), mães, pais e cuidadores legais de crianças autistas são convocadas e dedicam atenção total e exclusiva a seu(sua) filho(a). Contudo, nessas 5 semanas nosso foco é no acolhimento a você cuidador(a), dedicar cuidado a quem cuida, nosso foco, também, será na prática pessoal, em abrir o coração e se entregar às práticas.

Se você tiver alguma dúvida, por favor mande mensagem no WhatsApp.

Teremos no total **5 encontros**, que ocorrerão com frequência semanal. Os encontros serão realizados nas **quintas-feiras de 14:00 às 16:00 horas (Horário de Brasília)**, tendo 2 horas de duração.

Os encontros ocorrerão nos dias:

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=eb53a29bad&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-8114980978826881768&siml=msg-a%3Ar-875...> 1/2

20/02/2023, 15:12

E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início 2ª Turma Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino (14:00 à...

20/10/2022
27/10/2022
03/11/2022
10/11/2022
17/11/2022

Atenciosamente...

Lucas Polezi do Couto

Psicólogo CRP 16/6198 & CRP-08/IS-715

Mestrando em Psicologia (PPGP UFES)

Contatos: psicologo.lucaspolezi@gmail.com/lucas.couto@edu.ufes.br

(27) 99863-5629

"Nada vem até nós, nem vai embora, sem nos ensinar tudo o que precisamos saber."

Apêndice L

E-mail Enviado para as Pessoas Seleccionadas - Turma 5 (Matutino)

20/02/2023, 15:22

E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início 3ª TURMA Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino (08:00 à...



Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>

Início 3ª TURMA Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino (08:00 às 10:00h)

Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>
 Para: Fabiana Pinheiro Ramos <fabiana.ramos@ufes.br>
 Cc:
 Cco:

6 de novembro de 2022 às 11:49

Olá, Bom Dia;

Como vocês estão?
 Espero e desejo que todas(os) estejam bem!

Eu sou o Lucas, profissional que está desenvolvendo o **Treinamento em Autocompaixão para Mães, Pais e Cuidadores legais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Estou enviando esse e-mail para informar que você foi selecionada(o) para participar do treinamento.

Em breve entrarei em contato com você através do whatsapp, para lhe dar mais informações

Primeiramente gostaria de expressar minha gratidão e alegria por ter vocês aqui. Aproveito para agradecer a vocês por terem realizado a inscrição e estarem investindo tempo para esse momento.

Antes do nosso primeiro encontro irei criar um grupo de Whatsapp com todas(os) as(os) participantes. Este grupo terá como propósito facilitar a comunicação entre a gente, bem como ser um espaço onde eu estarei compartilhando alguns materiais com vocês.

O treinamento iniciará na semana que vem e nosso **primeiro encontro será no dia 12/11**, mas antes de passar as datas dos demais encontros, compartilho com vocês alguns dos combinados para os nossos encontros, bem como, para utilização do grupo aqui no WhatsApp.

PRECISO QUE TODOS LEIAM ANTES DA SESSÃO.

1. É ESSENCIAL e NECESSÁRIO para participar do treinamento estar conectado de um computador, COM A CÂMERA ABERTA SEMPRE. É importante pontuar que, caso precise algum dia estar no celular ou o tablet, o zoom não funciona corretamente no 3G/4G.
2. Nós utilizaremos o aplicativo **Zoom Meetings** para realizar os encontros, por esse motivo, caso você não tenha esse aplicativo no seu computador/notebook ou celular/tablet, peço que o baixe antes do nosso primeiro encontro.
3. Este treinamento só ocorrerá em caráter ao vivo e será facilitado por mim, por esse motivo caso você precise sair do grupo (não possa continuar por algum motivo) por motivos de segurança emocional não poderei continuar enviando os materiais e práticas que você não fez primeiro com a minha supervisão. Caso você precise parar o grupo, também precisará sair do grupo de recados (este). Caso você tenha que parar ou faltar a algum encontro, não são feitas reposições.
4. Se você não está familiarizada com o zoom e suas funções como ligar/desligar câmera, mandar mensagens no chat, ir para salas de partilha por favor falar com a minha assistente, a Isadora.
5. Durante os nossos dias juntos poderemos ter diversos momentos de partilha em duplas ou trios, essas partilhas são parte essencial do treinamento, caso você não esteja se sentindo bem para partilhar após as práticas peço que você me avise, para que possamos te ajudar, caso seja possível.
6. Caso falte, avise, pois estarei esperando você
7. Todos os materiais que você precisa nesse momento para o aprendizado deste treinamento serão enviados. Entre praticar e ler a recomendação é praticar nesse momento
8. Peço que deixe reservado (próximo a você) folhas de papel ofício ou um caderno e um lápis ou canetas, pois para algumas práticas você precisará anotar as suas observações. Caso queira utilizar o caderno/folha de papel ofício para fazer anotações ao longo do treinamento, não tem problemas.
9. Em grande parte do seu dia (leia-se da sua vida), mães, pais e cuidadores legais de crianças autistas são convocadas e dedicam atenção total e exclusiva a seu(sua) filho(a). Contudo, nessas 5 semanas nosso foco é no acolhimento a você cuidador(a), dedicar cuidado a quem cuida, nosso foco, também, será na prática pessoal, em abrir o coração e se entregar às práticas.

Se você tiver alguma dúvida, por favor mande mensagem no WhatsApp.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=eb53a29bad&view=pt&search=all&permmsgid=msg-a%3Ar-1526254072801284500&simpl=msg-a%3Ar-152...> 1/2

20/02/2023, 15:22 E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início 3ª TURMA Treinamento Autocompaixão - Turno Matutino (08:00 à...

Teremos no total **5 encontros**, que ocorrerão com frequência semanal. Os encontros serão realizados aos **sábados de 08:00 às 10:00 horas (Horário de Brasília)**, tendo 2 horas de duração.

Os encontros ocorrerão nos dias:

12/11/2022
26/11/2022
03/12/2022
10/12/2022
17/12/2022

Atenciosamente...

Lucas Polezi do Couto

Psicólogo CRP 16/6198 & CRP-08/IS-715

Mestrando em Psicologia (PPGP UFES)

Contatos: psicologo.lucaspolezi@gmail.com/lucas.couto@edu.ufes.br

(27) 99863-5629

"Nada vem até nós, nem vai embora, sem nos ensinar tudo o que precisamos saber."

Apêndice M

E-mail Enviado para as Pessoas Selecionadas - Turma 6 (Vespertino)

20/02/2023, 15:27

E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início 3ª TURMA Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino (14:00...



Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>

Início 3ª TURMA Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino (14:00 às 16:00h)

Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>
 Para: Fabiana Pinheiro Ramos <fabiana.ramos@ufes.br>
 Cc:
 Cco:

6 de novembro de 2022 às 11:52

Olá, Boa Tarde

Como vocês estão?
 Espero e desejo que todas(os) estejam bem!

Eu sou o Lucas, profissional que está desenvolvendo o **Treinamento em Autocompaixão para Mães, Pais e Cuidadores legais de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Estou enviando esse e-mail para informar que você foi selecionada(o) para participar do treinamento.

Em breve entrarei em contato com você através do whatsapp, para lhe dar mais informações

Primeiramente gostaria de expressar minha gratidão e alegria por ter vocês aqui. Aproveito para agradecer a vocês por terem realizado a inscrição e estarem investindo tempo para esse momento.

Antes do nosso primeiro encontro irei criar um grupo de Whatsapp com todas(os) as(os) participantes. Este grupo terá como propósito facilitar a comunicação entre a gente, bem como ser um espaço onde eu estarei compartilhando alguns materiais com vocês.

O treinamento iniciará na semana que vem e nosso **primeiro encontro será no dia 12/11**, mas antes de passar as datas dos demais encontros, compartilho com vocês alguns dos combinados para os nossos encontros, bem como, para utilização do grupo do WhatsApp.

PRECISO QUE TODOS LEIAM ANTES DA SESSÃO.

1. É ESSENCIAL e NECESSÁRIO para participar do treinamento estar conectado de um computador, COM A CÂMERA ABERTA SEMPRE. É importante pontuar que, caso precise algum dia estar no celular ou o tablet, o zoom não funciona corretamente no 3G/4G.
2. Nós utilizaremos o aplicativo **Zoom Meetings** para realizar os encontros, por esse motivo, caso você não tenha esse aplicativo no seu computador/notebook ou celular/tablet, peça que o baixe antes do nosso primeiro encontro.
3. Este treinamento só ocorrerá em caráter ao vivo e será facilitado por mim, por esse motivo caso você precise sair do grupo (não possa continuar por algum motivo) por motivos de segurança emocional não poderei continuar enviando os materiais e práticas que você não fez primeiro com a minha supervisão. Caso você precise parar o grupo, também precisará sair do grupo de recados (este). Caso você tenha que parar ou faltar a algum encontro, não são feitas reposições.
4. Se você não está familiarizada(o) com o zoom e suas funções como ligar/desligar câmera, mandar mensagens no chat, ir para salas de partilha por favor falar com a minha assistente, a Maria Luiza
5. Durante os nossos dias juntos poderemos ter diversos momentos de partilha em duplas ou trios, essas partilhas são parte essencial do treinamento, caso você não esteja se sentindo bem para partilhar após as práticas peça que você me avise, para que possamos te ajudar, caso seja possível.
6. Caso falte, avise, pois estarei esperando você
7. Todos os materiais que você precisa nesse momento para o aprendizado deste treinamento serão enviados. Entre praticar e ler a recomendação é praticar nesse momento
8. Peço que deixe reservado (próximo a você) folhas de papel ofício ou um caderno e um lápis ou canetas, pois para algumas práticas você precisará anotar as suas observações. Caso queira utilizar o caderno/folha de papel ofício para fazer anotações ao longo do treinamento, não tem problemas.
9. Em grande parte do seu dia (leia-se da sua vida), mães, pais e cuidadores legais de crianças autistas são convocadas e dedicam atenção total e exclusiva a seu(sua) filho(a). Contudo, nessas 5 semanas nosso foco é no acolhimento a você cuidador(a), dedicar cuidado a quem cuida, nosso foco, também, será na prática pessoal, em abrir o coração e se entregar às práticas.

Se você tiver alguma dúvida, por favor mande mensagem no WhatsApp.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=eb53a29bad&view=pt&search=all&permmsgid=msg-a%3Ar5384524740503714254&simpl=msg-a%3Ar5384...> 1/2

20/02/2023, 15:27 E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Início 3ª TURMA Treinamento Autocompaixão - Turno Vespertino (14:00...

Teremos no total **5 encontros**, que ocorrerão com frequência semanal. Os encontros serão realizados aos **sábados de 14:00 às 16:00 horas (Horário de Brasília)**, tendo 2 horas de duração.

Os encontros ocorrerão nos dias:

12/11/2022
26/11/2022
03/12/2022
10/12/2022
17/12/2022

Atenciosamente...

Lucas Polezi do Couto

Psicólogo CRP 16/6198 & CRP-08/IS-715

Mestrando em Psicologia (PPGP UFES)

Contatos: psicologo.lucaspolezi@gmail.com/lucas.couto@edu.ufes.br
(27) 99863-5629

"Nada vem até nós, nem vai embora, sem nos ensinar tudo o que precisamos saber."

Apêndice N

Estrutura do Treinamento

Sessão	Objetivos e Atividades	Tarefas de Casa
1 ^a Sessão	<p>Objetivo: Conhecer os participantes, discutir sobre prática parental e estressores relacionados a parentalidade. Introduzir os pilares da Autocompaixão.</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Apresentação do facilitador; ● Apresentação dos participantes; ● Discutir sobre prática parental e estresse relacionados a parentalidade de pais e mães de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA); ● Introduzir os processos, componentes e benefícios da autocompaixão. <ul style="list-style-type: none"> ○ Mindfulness (atenção plena) versus superidentificação ○ Autobondade versus autocrítica severa; ○ Noção de humanidade compartilhada versus isolamento. ● Realizar exercício vivencial; <ul style="list-style-type: none"> ○ “Como eu trato o meu amigo?” (Neff & Germer, 2019, p. 9) ● Apresentar a tarefa de casa. 	<p>Praticar exercícios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “Explorando a autocompaixão por meio da escrita de uma carta” (Neff, 2017, p. 24); ● “Pausa parental” (Pollak, 2019, p. 13).
2 ^a Sessão	<p>Objetivo: Apresentar a habilidade de Mindfulness e conexão genuína com o momento presente em detrimento de se superidentificar com o sofrimento ou as dificuldades da vida.</p> <p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisar tarefas de casa; ● Dialogar sobre fusão cognitiva e prisão a autocrítica (“Prisão a autocrítica e aos erros: O peso da superidentificação”); ● Apresentar e ensinar habilidade de Mindfulness e conexão com o momento presente (“Mindfulness e conexão com o momento presente: Fortalecendo os vínculos comigo mesmo e com meu filho”); ● Exibir o vídeo “Você tem um crocodilo” (link: https://www.youtube.com/watch?v=meg-SJY61IY); ● Discutir sobre o Backdraft 	<p>Praticar exercícios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “Atenção plena na vida diária” (Neff, 2017, p. 105); ● “Sentindo as solas dos pés” (Neff & Germer, 2019, p. 57).

-
- Exibir vídeo “A mosca e o samurai” (link: <https://www.youtube.com/watch?v=Ha69Se3qpzs>);
 - Realizar exercícios vivenciais;
 - “A prática da percepção” (Neff, 2017, p. 94);
 - “Sentindo as solas dos pés” (Neff & Germer, 2019, p. 57), fazendo uma referência a ela como forma de manejar o backdraft;
 - “Pontos de contato para pais estressados” (Pollak, 2019, p. 49);
 - Apresentar a tarefa de casa.
-

3ª Sessão **Objetivo:** Discutir sobre Autobondade e contribuições para qualidade de vida versus autocrítica severa. **Praticar exercícios:**

Atividades:

- Revisar tarefas de casa;
 - Discutir sobre autocrítica severa e a cultura do perfeccionismo;
 - Apresentar o conceito de Autobondade e gentileza para consigo mesmo;
 - Exibir o vídeo da Coruja sobre autocompaixão e crítica severa (link: <https://www.youtube.com/watch?v=tQO37O2aZbQ>);
 - Realizar exercícios vivenciais;
 - “Toque calmante” (Neff & Germer, p. 31);
 - “Mudando sua autoconversa crítica” (Neff, 2017, p. 57);
 - “Cola de ego para pais” (Pollak, 2019, p. 44);
 - Apresentar a tarefa de casa.
-

- “Toque calmante” (Neff & Germer, p. 31);
- “Mudando sua autoconversa crítica” (Neff, 2017, p. 57);
- “Cola de ego para pais” (Pollak, 2019, p. 44);

4ª Sessão **Objetivo:** Dialogar sobre comportamentos de isolamento diante das dificuldades e como a noção de humanidade compartilhada contribui para qualidade de vida e uma conexão social maior. Oferecer recursos para momentos de sobrecarga emocional. **Praticar exercícios:**

Atividades:

- Revisar tarefas de casa;
 - Tratar a respeito do peso e impacto do isolar-se e acreditar que o sofrimento é inerente e exclusivamente meu (Isolamento: Quando achamos que estamos sozinhos”);
 - Debater a respeito da conexão com todas as pessoas (“Estamos conectados: Humanidade compartilhada”);
-

- “Máscara de oxigênio para momentos turbulentos” (Pollak, 2019, p. 106);
- “Caminhada de aventura” (Pollak, 2019, p. 132).

-
- Realizar exercícios vivenciais;
 - “Deixando de lado nossas autodefinições e identificando nossa interconectividade” (Neff, 2017, p. 80);
 - “Trabalhando com as incertezas da parentalidade” (Pollak, 2019, p. 119-120);
 - “Aterramento no momento” (Pollak, 2019, p. 140).
 - Apresentar a tarefa de casa.
-

5ª Sessão **Objetivo:** Realizar o encerramento do treinamento. Reforçar a conexão e os benefícios da Autocompaixão para a prática parental de mães de crianças com TEA. Discutir sobre as contribuições da autocompaixão para os filhos.

Atividades:

- Revisar tarefas de casa;
 - Debater sobre parentalidade autocompassiva;
 - Versar a respeito da autocompaixão em momentos difíceis;
 - Discutir acerca da contribuição da autocompaixão para criação dos filhos;
 - Música “Japanese Bowl” de Peter Mayer (link: <https://www.youtube.com/watch?v=w0LwS289oBg>);
 - Realizar exercícios vivenciais;
 - “Recompensar com meditação da bondade amorosa (LKM – Loving-Kindness Meditation) (Pollak, 2019, p. 102);
 - Encontrando frases de bondade amorosa (Neff & Germer, 2019, p. 67);
 - “Ter compaixão por nossos erros como pais” (Neff, 2017, p. 207);
 - “Transformando a negatividade” (Neff, 2017, p. 245)
 - Preenchimento das escalas.
-

Nota: Estrutura de treinamento desenvolvida pelo preponente dessa proposta de qualificação.

Apêndice O

Lista de práticas (formais e informais) e exercícios realizados nos encontros

Sessão	Prática realizada no encontro	Prática para casa
1	<p>Exercício: “Como eu trato o meu amigo?” (Neff & Germer, 2019)</p> <p>Intenção: auxiliar os participantes a perceberem as diferenças no tratamento quando eles estão sofrendo e quando um amigo querido está sofrendo.</p>	<p>Exercício: “Explorando a autocompaixão por meio da escrita de uma carta” (Neff, 2017)</p> <p>Intenção: praticar e direcionar compaixão para si mesmo através da escrita de uma carta e um convite para visitar a autocompaixão.</p> <hr/> <p>Prática Formal: “Pausa parental” (Pollak, 2019)</p> <p>Intenção: praticar a atenção plena por meio da pausa, mesmo em situações desafiadoras. Praticar autocompaixão através da pausa.</p>
2	<p>Prática Formal: “A prática da percepção” (Neff, 2017)</p> <p>Intenção: desenvolver uma percepção mental, com gentileza e suavidade a um pensamento, emoção, memória ou outra sensação quando ela surge no corpo ou na mente. Uma prática para auxiliar a levar a atenção plena para a vida diária.</p> <hr/> <p>Prática Informal: “Sentindo as solas dos pés” (Neff & Germer, 2019)</p> <p>Intenção: direcionar atenção plena para os pontos de contato das solas dos pés. Ser um recurso para auxiliar o participante a estabilizar e alicerçar quando estiver experienciando um <i>backdraft</i>.</p> <hr/> <p>Prática Informal: “Pontos de contato para pais estressados” (Pollak, 2019)</p> <p>Intenção: oferecer as(aos) participantes um recurso para direcionar compaixão e presença a si próprios em momentos de estresse decorrente da parentalidade.</p>	<p>Exercício: “Atenção plena na vida diária” (Neff, 2017)</p> <p>Intenção: auxiliar para que os participantes escolham um ou mais atividades da vida diária em que possam praticar com atenção plena, uma atenção mais diligente.</p> <hr/> <p>Prática Informal: “Sentindo as solas dos pés” (Neff & Germer, 2019)</p> <p>Intenção: direcionar atenção plena para os pontos de contato das solas dos pés. Ser um recurso para auxiliar o participante a estabilizar e alicerçar quando estiver experienciando um <i>backdraft</i>.</p>
3	<p>Prática Informal: “Toque calmante” (Neff & Germer, 2019)</p> <p>Intenção: possibilitar que os participantes aprendam a direcionar compaixão a si por meio do toque físico.</p>	<p>Prática Informal: “Toque calmante” (Neff & Germer, 2019)</p> <p>Intenção: possibilitar que os participantes aprendam a direcionar compaixão a si por meio do toque</p>

Encontrar uma forma de toque físico que pareça genuinamente apoiadora para que eles possam utilizar em situações de estresse.

físico. Encontrar uma forma de toque físico que pareça genuinamente apoiadora para que eles possam utilizar em situações de estresse.

Prática Formal: “Mudando sua autoconversa crítica” (Neff, 2017)

Intenção: um exercício para auxiliar os participantes a mudarem a forma como conversam e relacionam consigo mesmo, adotando uma postura e uma voz autocompassiva e interrompendo a autocrítica.

Prática Formal: “Mudando sua autoconversa crítica” (Neff, 2017)

Intenção: um exercício para auxiliar os participantes a mudarem a forma como conversam e relacionam consigo mesmo, adotando uma postura e uma voz autocompassiva e interrompendo a autocrítica.

Prática Formal: “Cola de ego para pais” (Pollak, 2019)

Intenção: ensinar os participantes a reconhecerem e direcionarem compaixão para os seus pensamentos ou crenças avaliativas em relação a parentalidade.

Prática Formal: “Cola de ego para pais” (Pollak, 2019)

Intenção: ensinar os participantes a reconhecerem e direcionarem compaixão para os seus pensamentos ou crenças avaliativas em relação a parentalidade.

4 **Exercício:** “Deixando de lado nossas autodefinições e identificando nossa interconectividade” (Neff, 2017)

Intenção: auxiliar os participantes a reconhecerem características que sua voz crítica condena e como a autocompaixão pode reconhecê-las, validá-las e auxiliar na mudança delas, caso necessário, por meio de um exercício utilizando lápis, papel e perguntas norteadoras.

Prática Formal: “Máscara de oxigênio para momentos turbulentos” (Pollak, 2019)

Intenção: possibilitar que os participantes aprendam frases de compaixão para consigo mesmos, bem como, descubram suas próprias frases de autocompaixão, a fim de direcionar gentileza, amorosidade, bondade e uma presença calorosa e afetuosa para si.

Prática Formal: “Trabalhando com as incertezas da parentalidade” (Pollak, 2019)

Intenção: auxiliar que os participantes direcionem compaixão e atenção plena para dúvidas que possam ter em relação a sua prática parental e ao desenvolvimento de seu filho.

Prática Informal: “Caminhada de aventura” (Pollak, 2019)

Intenção: direcionar atenção plena aos momentos de interação com seu filho, em especial, num momento de caminhada pela casa ou em outro local.

Prática Informal: “Aterramento no momento” (Pollak, 2019)

Intenção: ensinar os participantes a direcionar e praticar a atenção plena com uma pedra ou outro objeto. Possibilitar que os participantes vivenciem a atenção plena através de recursos encontrados no seu dia a dia.

5 **Prática Formal:** “Recompensar com meditação da bondade amorosa (LKM – Loving-Kindness Meditation) (Pollak, 2019)

Intenção: possibilitar que os participantes aprendam frases de compaixão para consigo mesmos, bem como, descubram suas próprias frases de autocompaixão, a fim de direcionar gentileza, amorosidade, bondade e uma presença calorosa e afetuosa para si.

Exercício: Encontrando frases de bondade amorosa (Neff & Germer, 2019)

Intenção: um exercício utilizando lápis e papel, para auxiliar os participantes a encontrarem suas próprias frases de bondade amorosa. Encontrar frases que sejam significativas e profundas para eles.

Prática Informal: “Ter compaixão por nossos erros como pais” (Neff, 2017)

Intenção: auxiliar os participantes a direcionar gentileza, compreensão e compaixão para erros que eles cometeram ao longo da parentalidade.

Prática Informal: “Transformando a negatividade” (Neff, 2017)

Intenção: ensinar os participantes a reconhecer emoções desagradáveis e estratégias de como podem acolher-se diante dessas.

Nota: elaboração própria.

Apêndice P

E-mail Enviado para as Pessoas que não Passaram nos Critérios de Inclusão (para Todas as Turmas)

20/02/2023, 15:01 E-mail de Universidade Federal do Espírito Santo - Retorno Questionário: Treinamento em Autocompaixão para Cuidadores...



Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>

Retorno Questionário: Treinamento em Autocompaixão para Cuidadores de Crianças com Transtorno do Espectro Autista

Lucas Polezi do Couto <lucas.couto@edu.ufes.br>
Para:

6 de agosto de 2022 às 17:27

Olá, Boa Tarde!

Primeiramente quero te agradecer por ter preenchido o questionário até o final, bem como pelo seu interesse em participar da intervenção que estarei facilitando a partir do meu mestrado, o **Treinamento em Autocompaixão para Cuidadores de Crianças com Transtorno do Espectro Autista**.

O Treinamento é, também, uma pesquisa, por esse motivo temos alguns critérios de inclusão e exclusão de participantes que estão elegíveis para participar da intervenção.

Os critérios são:

Critérios de Inclusão:

- 1) Ser mãe, pai e(ou) cuidador de referência de criança(s) diagnosticada(s) com TEA possuindo entre 2 anos a 12 anos de idade;
- 2) Aceitar participar da pesquisa por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- 3) Possuir acesso a rede de internet e a um equipamento eletrônico (celular, tablet, computador ou notebook)

Critérios de Exclusão:

- 1) Mães, pais e(ou) cuidadores de referência de crianças com TEA (com idade entre 2 anos e 12 anos) que estejam participando de psicoterapia ou de alguma modalidade de treinamento ou orientação parental em outros contextos ou serviços de saúde.
- 2) Selecionar a opção "Não, não concordo em participar da pesquisa" na seção do TCLE.
- 3) Não ser mãe, pai ou cuidador legal de uma criança com TEA.

Ao analisar as respostas do seu questionário observei que você preencheu um ou ambos os critérios de exclusão. **Por este motivo, não poderei confirmar sua participação no treinamento.** De coração agradeço seu interesse no meu trabalho e em participar da intervenção, e espero poder estar com você em outros eventos!

Fique ligado nas minhas redes sociais para mais novidades.

Um forte abraço,
Atenciosamente...

Lucas Polezi do Couto
Psicólogo CRP 16/6198 & CRP-08/IS-715
Mestrando em Psicologia (PPGP UFES)
Contatos: psicologo.lucaspolezi@gmail.com/lucas.couto@edu.ufes.br
(27) 99863-5629

"Nada vem até nós, nem vai embora, sem nos ensinar tudo o que precisamos saber."

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=eb53a29bad&view=pt&search=all&permmsgid=msg-a%3Ar7065566601015151490&simpl=msg-a%3Ar7065...> 1/1

Apêndice Q

Roteiro da Intervenção e Organização das Sessões do Treinamento

- 1º encontro
 - 10 minutos – Apresentação do facilitador e dos objetivos do treinamento;
 - 30 minutos – Apresentação participantes;
 - 20 minutos – Discussão sobre a temática da sessão;
 - 5 minutos – Intervalo;
 - 35 minutos – Discussão sobre o tema da sessão;
 - 10 minutos – Esclarecimento de dúvidas;
 - 10 minutos – Apresentação das tarefas de casa.
- 2º até o 4º encontro
 - 30 minutos – Revisão das tarefas de casa (cada participante terá em média 2 minutos para relatar como foi sua experiência);
 - 30 minutos - Discussão sobre a temática da sessão;
 - 5 minutos – Intervalo;
 - 35 minutos – Discussão sobre o tema da sessão;
 - 10 minutos – Esclarecimento de dúvidas;
 - 10 minutos – Apresentação das tarefas de casa.
- 5º encontro
 - 30 minutos – Revisão das tarefas de casa (cada participante terá em média 2 minutos para relatar como foi sua experiência);
 - 30 minutos - Discussão sobre a temática da sessão;
 - 5 minutos – Intervalo;
 - 35 minutos – Discussão sobre o tema da sessão;
 - 10 minutos – Esclarecimento de dúvidas;
 - 10 minutos – Preenchimento das escalas pós intervenção.

Anexos

Anexo A

Escala de Estresse Parental (EePa)

(Brito & Faro, 2017)

As afirmações a seguir descrevem sentimentos e percepções a respeito da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como tipicamente é seu relacionamento com seu filho(a) autista. por favor, indique o quanto você concorda ou discorda dos itens seguintes marcando um X no número e espaço apropriados. Por favor, responda todos os itens do questionário.

0 = Discordo Totalmente; 1 = Discordo; 2 = Indeciso; 3 = Concordo; 4 = Concordo Totalmente

Itens	0	1	2	3	4
1. Eu estou feliz no meu papel como pai/mãe.					
2. Cuidar do meu filho(a) às vezes leva mais tempo e energia do que eu tenho para dar.					
3. Eu me sinto próximo do meu filho.					
4. Eu gosto de passar o tempo com meu filho(a).					
5. Meu filho(a) é uma importante fonte de carinho para mim.					
6. Ter filhos me dá uma visão mais otimista para o futuro.					
7. A principal fonte de estresse na minha vida é o meu filho(a).					
8. Ter filhos deixa pouco tempo e flexibilidade em minha vida.					
9. Ter filhos tem sido um peso financeiro.					
10. É difícil equilibrar diferentes responsabilidades por conta do meu filho(a).					
11. O comportamento do meu filho(a) é frequentemente vergonhoso ou estressante para mim.					
12. Se eu tivesse que fazer tudo de novo, talvez decidisse não ter filhos.					
13. Eu me sinto sobrecarregado(a) pela responsabilidade de ser pai/mãe.					
14. Ter filhos tem significado ter poucas escolhas e pouco controle sobre minha vida.					
15. Eu estou satisfeito(a) como pai/mãe.					
16. Eu acho meu filho(a) agradável.					

Anexo B

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)
(Machado, Bandeira & Pawlowski, 2013)

As questões abaixo se referem à maneira como você lida consigo mesmo e com sua vida. Lembre-se, não há respostas certas ou erradas, apenas marque a alternativa que melhor descreve como você se sente, no momento, em relação a cada frase.

1 Discordo Totalmente	2 Discordo Parcialmente	3 Discordo Pouco	4 Concordo Pouco	5 Concordo Parcialmente	6 Concordo Totalmente
--	--	---	---	--	--

	1	2	3	4	5	6
1. Frequentemente me sinto solitário porque tenho poucos amigos íntimos com quem eu possa compartilhar minhas preocupações.						
2. Não tenho medo de expressar minhas opiniões, mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.						
3. Sinto que tenho controle sobre as situações do meu dia a dia.						
4. Eu acredito que é importante ter experiências novas que desafiem o que você pensa sobre você mesmo e sobre o mundo.						
5. Acredito possuir objetivos e propósitos na minha vida.						
6. De forma geral me sinto confiante e positivo sobre mim mesmo.						
7. Eu sinto que ganho muito com as minhas amizades.						
8. Muitas vezes me preocupo com o que os outros pensam sobre mim.						
9. Eu sou muito bom em gerenciar as diversas responsabilidades da minha vida diária.						
10. Em minha opinião, pessoas de todas as idades são capazes de continuar crescendo e se desenvolvendo.						
11. Na maioria das vezes acho minhas atividades desinteressantes e banais.						
12. Gosto de ser do jeito que sou.						
13. Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.						
14. Estar feliz consigo mesmo é mais importante para mim do que a aprovação dos outros.						
15. Eu normalmente gerencio bem minhas finanças e negócios.						
16. Eu aprendi com a vida muitas coisas ao longo do tempo, o que me tornou uma pessoa forte e capaz.						
17. Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade.						
18. De um modo geral me sinto decepcionado com o que alcancei na vida.						
19. As pessoas me descreveriam como alguém disposto a compartilhar meu tempo com os outros.						
20. As pessoas dificilmente me convencem a fazer coisas que eu não queira.						

21. Consigo administrar bem meu tempo, desta maneira posso fazer tudo o que deve ser feito.						
22. Eu acredito que cresci muito como pessoa ao longo do tempo.						
23. Sou uma pessoa ativa para executar os planos que estipulei pra mim mesmo.						
24. Em geral tenho orgulho de quem sou e da vida que levo.						
25. Em relação às amizades, eu geralmente me sinto deslocado.						
26. Muitas vezes, eu mudo de opinião se meus amigos ou familiares discordam das minhas decisões.						
27. Eu fico frustrado quando tento planejar minhas atividades diárias porque eu nunca consigo fazer as coisas que planejo.						
28. Para mim, a vida é um contínuo processo de aprendizado, mudança e crescimento.						
29. Meus objetivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação do que de frustração para mim.						
30. Quando eu me comparo a amigos e conhecidos, me sinto bem em relação a quem eu sou.						
31. Meus amigos e eu somos solidários aos problemas uns dos outros.						
32. Eu me preocupo com as avaliações dos outros sobre as escolhas que eu faço na minha vida.						
33. Eu tenho dificuldades para organizar minha vida de uma forma satisfatória para mim.						
34. Eu gosto de ver como minhas opiniões mudaram e amadureceram ao longo dos anos.						
35. Eu fico satisfeito quando penso no que eu já realizei na vida.						
36. Todos têm suas limitações, mas eu pareço ter mais que os outros.						

Anexo C

Escala de Autocompaixão (SCS – Self-Compassion Scale)
(Souza & Hutz, 2016a)

Como eu geralmente lido comigo em momentos difíceis

Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, marque o número que mostra com que frequência você se comporta da forma descrita. Use a escala de 1 até 5 para marcar sua escolha, sendo que 1 corresponde a “quase nunca” (QN), e 5 significa “quase sempre” (QS). Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de sua opinião pessoal. Você pode escolher qualquer número de 1 até 5.

Por favor, para cada frase, marque com um “X” a sua resposta.	QN				QS
	1	2	3	4	5
1. Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.					
2. Quando fico “pra baixo”, não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.					
3. Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.					
4. Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.					
5. Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.					
6. Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.					
7. Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.					
8. Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.					
9. Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.					
10. Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.					
11. Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.					
12. Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.					
13. Quando fico “pra baixo”, sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.					
14. Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.					
15. Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.					
16. Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.					

17. Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.					
18. Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.					
19. Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.					
20. Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.					
21. Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.					
22. Quando fico “pra baixo”, tento aceitar e entender meus sentimentos.					
23. Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.					
24. Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.					
25. Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.					
26. Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.					

Nota. O escore geral é calculado a partir da soma dos pontos marcados em cada item, divididos por 26. Os seguintes itens devem ser invertidos para o cálculo do escore geral da escala: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25.