

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

VIVIANE ALEIXO DE PAULA XAVIER

**BEM-ESTAR E CUIDADO EM FAMÍLIAS NEURODIVERSAS: O PAPEL DAS
PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PAIS E CUIDADORES
DE CRIANÇAS NEURODIVERGENTES**

PONTA GROSSA

2025

VIVIANE ALEIXO DE PAULA XAVIER

**BEM-ESTAR E CUIDADO EM FAMÍLIAS NEURODIVERSAS: O PAPEL DAS
PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PAIS E CUIDADORES
DE CRIANÇAS NEURODIVERGENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós- Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade Estadual de Ponta Grossa
como requisito parcial para a obtenção do
Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso
Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Bauml
Campagnoli

PONTA GROSSA

2025

VIVIANE ALEIXO DE PAULA XAVIER

**BEM-ESTAR E CUIDADO EM FAMÍLIAS NEURODIVERSAS: O PAPEL DAS
PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA QUALIDADE DE VIDA DE PAIS E
CUIDADORES DE CRIANÇAS NEURODIVERGENTES**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 12 de dezembro de 2025.

Documento assinado digitalmente
 **BRUNO PEDROSO**
Data: 14/02/2026 09:30:07-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Bruno Pedroso – Orientador
Doutor em Educação Física
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Documento assinado digitalmente
 **MILENE ZANONI DA SILVA**
Data: 19/02/2026 18:45:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Documento assinado digitalmente
 **ANDRÉ MENDES CAPRARO**
Data: 14/02/2026 13:51:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. André Mendes Capraro
Doutor em História
Universidade Federal do Paraná

Dedico este trabalho aos meus avós paternos, Manoel Pedro Aleixo (*in memoriam*) e Margarida Gomes Aleixo (*in memoriam*), cuja generosidade, sabedoria e visão de futuro me proporcionaram a oportunidade de estudar. O apoio, incentivo e exemplo de vida de ambos foram fundamentais para que eu trilhasse este caminho com coragem e esperança. Sou imensamente grata por tudo que aprendi com eles, e este trabalho é uma homenagem à memória dos dois. Estendo esta dedicação a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação. Aos familiares e cuidadores do Grupo Acolher, que, com coragem e resiliência, me permitiram partilhar um tempo de cuidado com o próximo. Cada encontro com vocês reafirmou em mim a importância do autocuidado, da qualidade de vida e do compromisso ético de cuidar de quem cuida. Dedico, ainda, aos meus queridos familiares e amigos, que me acompanharam incondicionalmente durante esta jornada, oferecendo amor, compreensão e incentivo em cada etapa. A presença de vocês sustentou meus passos e deu sentido aos momentos de maior desafio. Aos orientadores e professores, deixo minha profunda gratidão pelo conhecimento compartilhado, pela dedicação e pelas orientações que me guiaram e impulsionaram ao longo de toda a trajetória acadêmica. Por fim, dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam na relevância do conhecimento, do desenvolvimento humano e na aplicação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, reconhecendo a integralidade e a totalidade de cada ser. Que este estudo possa contribuir, ainda que modestamente, para fortalecer essa visão ampliada e humanizada do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pela vida, pela oportunidade de trilhar este caminho e por me permitir mergulhar em um tema tão valioso e transformador. Sua presença foi fonte de força, iluminação e esperança em cada etapa desta jornada.

Expresso minha gratidão ao meu esposo, Luciano de Paula Xavier, pelo companheirismo incondicional, pela compreensão nos momentos mais desafiadores, pelo acolhimento generoso e pelo apoio que sustentou meus passos durante todo este percurso. Esta conquista também é sua, fruto do amor, do respeito, da paciência e da parceria que compartilhamos.

Agradeço profundamente ao meu orientador, Prof. Bruno Pedroso, por sua orientação cuidadosa e essencial para o desenvolvimento deste trabalho. Sua confiança, seu direcionamento seguro e seu compromisso com a pesquisa fizeram toda a diferença, guiando-me com sabedoria ao longo de toda a trajetória acadêmica.

Meu agradecimento estende-se à equipe do Núcleo pela Infância e à equipe do Ambulatório de Saúde Integrativa da UEPG, espaços que me proporcionaram aprendizados significativos e que contribuíram de maneira determinante para minha formação. Sou igualmente grata a todos os familiares e cuidadores que participaram do programa, pessoas que confiaram em mim e compartilharam generosamente parte de suas histórias. Cada encontro foi uma lição de humanidade, sensibilidade e resiliência, conhecimentos que levarei comigo por toda a vida.

Finalmente, agradeço aos meus familiares e a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, seja por meio de palavras que fortaleceram meus passos, apoio emocional e psicológico, ou simplesmente por me permitirem seguir adiante nesta trajetória. A cada um de vocês, deixo meu sincero reconhecimento, pois este caminho só foi possível graças à presença, ao cuidado e à generosidade que encontrei ao longo dele.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”

(Carl G. Jung)

RESUMO

Cuidadores e familiares de crianças neurodivergentes enfrentam desafios contínuos que podem comprometer sua saúde física e emocional, afetando diretamente a qualidade do cuidado prestado. A sobrecarga gerada pelas demandas do cuidado, somada à preocupação com o futuro da criança, à escassez de suporte social e às dificuldades financeiras, contribui para o aumento dos níveis de estresse, ansiedade e exaustão emocional. Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC's) vêm sendo reconhecidas pelo potencial de promoção do bem-estar e manejo de sintomas psicológicos. Este estudo teve como objetivo compreender de que maneira a participação em um programa com 12 encontros utilizando as PIC's influencia a percepção de qualidade de vida de pais e cuidadores de crianças neurodivergentes. Trata-se de um estudo longitudinal, de abordagem quanti e qualitativa, realizado por meio de um ensaio clínico randomizado com 12 participantes, divididos em Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Foram utilizados os instrumentos WHOQOL-Bref, Escala de Ansiedade de Beck e Escala de Percepção de Estresse - 10, além de um questionário sociodemográfico e de uma entrevista semiestruturada com os participantes do GI. Os resultados quantitativos indicaram melhora estatisticamente significativa na percepção de qualidade de vida dos participantes do grupo intervenção, especialmente nos domínios psicológico, físico e de relações sociais. Destacou-se um aumento expressivo no domínio psicológico (diferença média de 25 pontos; $p < 0,001$), refletindo avanços na autoestima, regulação emocional e enfrentamento do estresse. Também foram observados ganhos significativos nos domínios físico ($p = 0,010$) e de relações sociais ($p = 0,025$), além da redução consistente nos níveis de estresse percebido e ansiedade, medida pela Escala de Ansiedade de Beck (redução média de 10,17 pontos). A pesquisa contribui para o avanço do conhecimento sobre intervenções psicossociais voltadas a famílias neurodiversas, evidenciando a relevância das PIC's como dispositivos promotores de saúde mental, resiliência e qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde Mental; Autocuidado; Promoção da Saúde; Rede de Apoio; Resiliência.

ABSTRACT

Caregivers and family members of neurodivergent children face ongoing challenges that can compromise their physical and emotional health, directly affecting the quality of care provided. The burden generated by the demands of care, coupled with concern for the child's future, scarcity of social support, and financial difficulties, contributes to increased levels of stress, anxiety, and emotional exhaustion. In this context, Integrative and Complementary Health Practices (ICPs) have been recognized for their potential to promote well-being and manage psychological symptoms. This study aimed to understand how participation in a 12-session program using ICPs influences the perception of quality of life of parents and caregivers of neurodivergent children. This is a longitudinal study, with a quantitative and qualitative approach, conducted through a randomized clinical trial with 12 participants, divided into an Intervention Group (IG) and a Control Group (CG). The WHOQOL-Bref, Beck Anxiety Scale, and Perceived Stress Scale-10 instruments were used, in addition to a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview with the participants in the intervention group. Quantitative results indicated a statistically significant improvement in the perceived quality of life of the participants in the intervention group, especially in the psychological, physical, and social relationship domains. A significant increase was observed in the psychological domain (mean difference of 25 points; $p < 0.001$), reflecting improvements in self-esteem, emotional regulation, and stress coping. Significant gains were also observed in the physical ($p = 0.010$) and social relationship ($p = 0.025$) domains, as well as a consistent reduction in perceived stress and anxiety levels, as measured by the Beck Anxiety Scale (mean reduction of 10.17 points). This research contributes to the advancement of knowledge about psychosocial interventions aimed at neurodiverse families, highlighting the relevance of Integrative and Complementary Practices (PICs) as tools for promoting mental health, resilience, and quality of life.

Keywords: Mental Health; Self-Care; Health Promotion; Support Network; Resilience.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Comparação dos domínios do WHOQOL-bref pré e pós-intervenção (GI – n = 6)	61
Figura 2 - Comparação dos domínios do WHOQOL-bref pré e pós-avaliação (GC – n = 6).	62
Figura 3 - Comparação dos escores EPS-10 (GI, n=6).....	64
Figura 4 - Comparação dos escores EPS-10 (GC, n=6)	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Atividades realizadas nos 12 encontros com o GC	37
Tabela 2 - Perfil dos participantes programa Acolher. Ponta Grossa, 2024 (n = 12)	48
Tabela 3 - Resultado teste t para escores do domínio Qualidade de Vida Geral (GI, n = 6). 50	
Tabela 4 - Resultado teste t para escores do domínio QV Geral (GC, n = 6).....	51
Tabela 5 - Resultado teste t para escores do domínio Físico (GI, n = 6).....	52
Tabela 6 - Resultado teste t para escores do domínio Físico (GC, n = 6)	53
Tabela 7 - Resultado teste t para escores do domínio Psicológico (GI, n = 6)	53
Tabela 8 - Resultado teste t para escores do domínio Psicológico (GC, n = 6).....	54
Tabela 9 - Resultado teste t para escores do domínio Relações Sociais (GI, n = 6)	56
Tabela 10 - Resultado teste t para escores do domínio Relações Sociais (GC, n = 6).....	57
Tabela 11 - Resultado teste t para escores do domínio Meio Ambiente (GI, n = 6).....	58
Tabela 12 - Resultado do teste t para escores do domínio Meio Ambiente (GC, n = 6)	58
Tabela 13 - Comparação dos escores médios nos domínios da QV (WHOQOL-bref) entre o GI (pré e pós-intervenção) e GC (avaliação inicial e final)	60
Tabela 14 - Escores de estresse percebido dos participantes pré e pós intervenção (GI, n = 6)	63
Tabela 15 - Escores de estresse percebido participantes pré e pós avaliação (GC, n = 6)..	64
Tabela 16 – Classificação de Ansiedade Pré e Pós-Intervenção (GI, n=6)	66
Tabela 17 - Análise descritiva dos escores de BAI (GI, n=6)	67
Tabela 18 - Classificação de Ansiedade Pré e Pós avaliação (GC, n=6)	68
Tabela 19 - Análise descritiva dos escores de BAI (GC, n=6).....	69
Tabela 20 - Análise de Conteúdo das Entrevistas (GI, n=6).....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AH/SD - Altas Habilidades/Superdotação

BAI - Escala de Ansiedade de Beck

CDC - Controle e Prevenção de Doenças

DEI - Diversidade, Equidade e Inclusão

ECR - Ensaio Clínico Randomizado

EPS-10 - Escala de Percepção de Estresse -10

GC - Grupo Controle

GI - Grupo Intervenção

MTC - Medicina Tradicional e Complementar

MTCI - Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas

ND - Transtornos do Neurodesenvolvimento

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

PIC's - Práticas Integrativas em Saúde

QV - Qualidade de Vida

SUS - Sistema Único de Saúde

TAB - Transtorno Afetivo Bipolar

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life – BREF

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS NEURODIVERGENTES EM CRIANÇAS	17
2.1	NEURODIVERSIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES.....	17
2.2	QUALIDADE DE VIDA.....	21
2.3	IMPACTOS DO CUIDADO DE CRIANÇAS NEURODIVERSAS.....	23
2.4	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ADAPTAÇÃO	26
2.5	JUSTIFICATIVA.....	29
3	OBJETIVOS DA PESQUISA	31
3.1	OBJETIVO GERAL.....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	31
4	METODOLOGIA	32
4.1	ABORDAGEM, TIPO DE PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.2	PROGRAMA ACOLHER: APOIO ÀS FAMÍLIAS NEURODIVERSAS	33
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO PROGRAMA “ACOLHER”	39
4.4	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	40
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	41
4.6	PROCEDIMENTOS	43
4.7	ANÁLISE DE DADOS	44
4.7.1	Análise Quantitativa (Pré e Pós Intervenção)	45
4.7.2	Análise Qualitativa.....	46
5	RESULTADOS	47
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	47
5.2	WHOQOL BREF – QUALIDADE DE VIDA	49
5.2.1	Domínio Qualidade de vida geral	49
5.2.2	Domínio Físico	51
5.2.3	Domínio Psicológico	53
5.2.4	Domínio Relações Sociais.....	55
5.2.5	Domínio Meio Ambiente	57
5.2.6	Análise GLOBAL dos escores médios da qualidade de vida por domínio.....	59
5.3	ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE – 10 (EPS-10)	62
5.4	ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK (BAI).....	66
5.5	ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS GRUPO INTERVENÇÃO	70
6	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	74

6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	74
6.2	WHOQOL-BREF – QUALIDADE DE VIDA	81
6.2.1	Domínio Qualidade de Vida Geral	81
6.2.2	Domínio Físico	82
6.2.3	Domínio Psicológico	85
6.2.4	Domínio Relações Sociais.....	87
6.2.5	Domínio Meio Ambiente	90
6.3	ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE - 10.....	92
6.4	ESCALA DE ANSIEDADE BECK (BAI)	95
6.5	ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA GRUPO INTERVENÇÃO.....	97
6.5.1	Categoria Acolhimento e Pertencimento	98
6.5.2	Categoria Desenvolvimento do Autocuidado	100
6.5.3	Categoria Percepções Emocionais Positivas.....	101
6.5.4	Categoria Relações Familiares e Sociais	102
6.5.5	Transformações Cognitivas e Reflexivas	104
6.5.6	Categoria Facilidade de Integração das Práticas Integrativas	105
6.5.7	Categoria Saúde Física e Bem-Estar	106
6.5.8	Reforço da Identidade Pessoal	108
6.5.9	Categoria Valorização da Troca no Coletivo	109
6.5.10	Categoria Avaliação Afetiva do Projeto.....	111
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	127
	APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	130
	APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	133
	ANEXO A - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK OU INVENTÁRIO DE BECK (BAI).....	135
	ANEXO B - ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)	137
	ANEXO C - WHOQOL - BREF	139

1 INTRODUÇÃO

A neurodiversidade defende um modelo em que as pessoas com diferentes formas de processamento cerebral não sejam tratadas como problemas a serem corrigidos, mas como indivíduos com maneiras únicas de perceber e interagir com o mundo. Sendo assim, a avaliação da qualidade de vida em familiares e cuidadores de crianças neurodivergentes é um campo de estudo essencial, dada a complexidade e as exigências associadas ao cuidado dessas crianças.

A neurodivergência inclui condições como autismo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), dislexia, entre outras, traz desafios significativos não apenas para as crianças, mas também para seus cuidadores. Estes desafios podem impactar diversos aspectos da vida dos cuidadores, incluindo a qualidade de vida, a saúde física e mental, as relações sociais e a estabilidade econômica. Diante dessa perspectiva, pode-se entender como pessoas neurodivergentes:

autistas, pessoas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pessoas com altas habilidades/superdotação (AH/SD), dentre outras. Os demais indivíduos, ou seja, aqueles com o funcionamento cerebral considerado “típico” são denominados “neurotípicos” (Alencar; Barbosa; Gomes, 2021).

Conforme Gonçalves (2024), pessoas neurodivergentes têm um funcionamento neurológico ou desenvolvimento cognitivo que difere do considerado típico ou padrão. O termo "neurodivergência" se aplica a indivíduos, enquanto "neurodiversidade" refere-se ao grupo de pessoas com essas características. Não é um termo médico, mas sim uma palavra que promove identificação e inclusão.

De acordo com Iao (2024) e Battanta, Jenni e Schaefer (2024), cada indivíduo está inserido em um contexto social que influencia diretamente o desenvolvimento de comportamentos, sejam eles positivos ou prejudiciais, dependendo das relações estabelecidas dentro dessa dinâmica. Nesse sentido, é fundamental, além de proporcionar o suporte às crianças neurodivergentes, oferecer orientação às famílias e às culturas, permitindo-lhes compreender as potencialidades e desafios que essas relações podem trazer. O apoio familiar é essencial para fortalecer os vínculos dentro do núcleo familiar, promovendo uma rede de suporte mais sólida e coesa. Esse suporte é crucial para criar um ambiente de amor, respeito e compreensão, onde todos

os membros da família se sintam valorizados e apoiados. Famílias que recebem tal apoio tendem a se tornar mais resilientes e adaptáveis, desenvolvendo habilidades de enfrentamento e estratégias eficazes para a resolução de problemas, o que se torna fundamental para lidar com os desafios futuros (lao, 2024; Battanta; Jenni; *Schaefer*, 2024).

O conceito de qualidade de vida envolve múltiplos aspectos, incluindo não apenas a saúde física, mas também o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais em diferentes contextos, como no ambiente familiar, escolar e de trabalho, e até mesmo a interação com o meio ambiente. Diversos fatores influenciam a qualidade de vida, a começar pela definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo a OMS (1995), a qualidade de vida está intimamente associada à autoestima e ao bem-estar pessoal, englobando aspectos como capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosos, estilo de vida, satisfação com o trabalho e/ou atividades diárias, e o ambiente de convívio. A definição enfatiza a interpretação subjetiva das diversas dimensões da vida, abrangendo o bem-estar físico, a condição mental, o grau de autonomia, as relações sociais com o ambiente e as crenças religiosas, entre outros fatores que podem ser inferidos a partir dessa descrição.

Para Kaur e Kaur (2023) e Verdugo e Schalock (2024), a QV pode ser entendida como um conceito multidimensional que abrange não apenas aspectos relacionados à saúde física, mas também ao bem-estar psicológico, nível de independência, relações sociais e o contexto ambiental no qual o indivíduo está inserido. Segundo Kaur e Kaur (2023), a QV envolve a percepção subjetiva dos indivíduos sobre suas condições de vida, levando em consideração fatores como saúde, atividade social, apoio familiar, e sua capacidade de realizar atividades cotidianas.

Na contemporaneidade, os conceitos mais aceitos de qualidade de vida procuram abordar uma variedade de dimensões discutidas em abordagens gerais ou holísticas. Segundo a OMS, qualidade de vida é definida como "a percepção que um indivíduo tem de sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Essa definição engloba a influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a interação com o

ambiente ao avaliar subjetivamente a qualidade de vida individual. Dessa forma, podemos dizer que qualidade de vida se refere à "satisfação do indivíduo em relação à sua vida cotidiana".

As PIC's referem-se a métodos de cuidado que são utilizados juntamente com a medicina convencional (práticas complementares) ou como parte de uma abordagem de cuidado mais abrangente e integrativa. Essas práticas têm ganhado crescente reconhecimento como componentes valiosos na promoção da qualidade de vida. A OMS afirma que, no final da década de 1970, foi criado o Programa de Medicina Tradicional, com o objetivo de formular políticas para a área. Desde então, por meio de diversas resoluções, a OMS tem reafirmado seu compromisso em incentivar os estados a desenvolverem e implementarem políticas públicas que promovam o uso racional e integrado da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) nos sistemas nacionais de saúde. Além disso, a organização tem estimulado o avanço de estudos científicos para ampliar o conhecimento sobre a segurança, eficácia e qualidade dessas práticas. (Who, 2019).

As PIC's estão inseridas no conjunto de abordagens classificadas pela OMS como Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Essas práticas são recursos terapêuticos que reforçam o cuidado oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliam a percepção da população, promovendo a autonomia e o autocuidado (Brasil, 2018).

Crianças neurodivergentes exigem cuidados específicos que podem sobrecarregar emocional e fisicamente seus cuidadores e familiares, nesse sentido, cuidar da qualidade de vida dos familiares de crianças neurodiversas é uma questão de suma importância, não apenas para o bem-estar dessas famílias, mas também para o desenvolvimento e o progresso das próprias crianças.

Os familiares e cuidadores de crianças neurodiversas enfrentam desafios contínuos que podem levar ao estresse, ansiedade e depressão. A carga constante de cuidar, associada à preocupação com o futuro da criança, à falta de apoio e às demandas financeiras, pode resultar em exaustão emocional e física. Esse cenário não só afeta a saúde dos cuidadores, mas também pode prejudicar a qualidade do cuidado oferecido às crianças. Sendo assim, entende-se que as PIC's são conhecidas por seus efeitos positivos na redução do estresse e da ansiedade, essas técnicas ajudam a acalmar a mente, promover a sensação de bem-estar e melhorar a

resiliência emocional. A prática regular dessas técnicas pode reduzir os níveis de cortisol, o hormônio do estresse, e promover um estado de calma e equilíbrio, pois, oferecem suporte significativo à saúde mental e emocional. Essas abordagens podem proporcionar um espaço seguro para os pais e cuidadores de crianças neurodiversas, para a exploração de suas emoções, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e a promoção da autocompreensão.

O processo diagnóstico das crianças neurodivergentes atendidas no NUPI revela a complexidade e os desafios envolvidos na identificação precisa dos transtornos. Muitas dessas crianças ainda estão em fase de investigação diagnóstica, o que significa que, em diversos casos, não há uma confirmação definitiva sobre a condição que apresentam. Adicionalmente, a espera por um atendimento qualificado dentro do SUS representa um fator agravante nesse processo. A demora para acessar serviços especializados resulta em uma longa espera, o que pode retardar o diagnóstico e, conseqüentemente, a implementação de intervenções adequadas. Essa espera prolongada tem implicações importantes não apenas para as crianças, mas também para suas famílias, que ficam sem a clareza necessária sobre as necessidades específicas de seus filhos, o que pode gerar ansiedade, insegurança e desgaste emocional.

Esse contexto reforça a importância de um acompanhamento diagnóstico contínuo, que não apenas possibilite uma melhor compreensão do perfil neuropsicológico das crianças, mas também proporcione suporte emocional e orientações adequadas às famílias. No entanto, para garantir que esse atendimento seja eficaz e acessível a todos, é fundamental que haja a criação e implementação de políticas públicas que atendam a essas necessidades específicas. O diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado são fundamentais para minimizar o impacto emocional nas crianças e seus cuidadores, promovendo o bem-estar e o desenvolvimento saudável ao longo do tempo. Nesse sentido, o projeto busca a criação e fortalecimento de políticas públicas que garantam o acesso a serviços especializados, a redução de barreiras burocráticas e o fornecimento de suporte contínuo e adequado. Através dessas ações, visa-se assegurar que todas as crianças neurodivergentes e suas famílias recebam o cuidado necessário de maneira oportuna e integral, contribuindo para um ambiente de desenvolvimento mais inclusivo e saudável.

2 PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS NEURODIVERGENTES EM CRIANÇAS

Segundo Pacheco (2021), observa-se uma limitada disponibilidade de dados epidemiológicos referentes à prevalência dos transtornos do neurodesenvolvimento na infância, e as evidências mais consistentes concentram-se, predominantemente, no Transtorno do Espectro Autista (TEA). A autora também afirma que, é notória a existência de uma lacuna significativa na literatura científica no que se refere à investigação sistemática dos principais transtornos do neurodesenvolvimento, especialmente quando considerados os recortes étnico-raciais.

Gonçalves (2024) afirma que, segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), estima-se que o autismo afeta globalmente cerca de uma a cada 160 crianças. No Brasil, não há dados precisos sobre a prevalência dessa condição, mas estima-se que atinja aproximadamente 1% da população mundial. Quanto ao TDAH, a OMS estima que entre 5% e 7% das crianças em idade escolar em todo o mundo sejam afetadas por essa condição.

Da mesma forma que ocorre com o autismo, as informações sobre a prevalência do TDAH no Brasil também são limitadas. A escassez de evidências acerca das condições de vida e saúde da população neurodivergente no Brasil caminha para ser atenuada pois, em 20 de dezembro de 2023, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 4459/2021, que propõe a inclusão de perguntas específicas sobre a incidência de casos diagnosticados de Doenças Raras, Dislexia, TDAH, Visão Monocular e TEA nos Censos Demográficos.

2.1 NEURODIVERSIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES

O termo neurodivergente designa indivíduos cujo funcionamento neurológico diverge de padrões considerados normativos ou neurotípicos. Essa concepção está inserida no paradigma da neurodiversidade, o qual se refere à variabilidade natural do funcionamento cerebral entre os seres humanos. De acordo com Singer (1999), a neurodiversidade compreende condições como o TEA, o TDAH, a dislexia, entre outras diferenças cognitivas, as quais não devem ser necessariamente patologizadas,

mas entendidas como formas legítimas e constitutivas da diversidade neurológica humana.

O termo neurodiversidade foi criado pela socióloga australiana Judy Singer, a qual ressalta que a neurodiversidade é a ideia de que variações neurológicas como o autismo, o TDAH, a dislexia e outras são parte da variação humana normal. O conceito emergiu na década de 1990, popularizado pela socióloga australiana Judy Singer, como parte do movimento de direitos das pessoas autistas. A ideia central é combater a patologização das diferenças neurológicas. A autora destaca que a emergência da categoria "neurologicamente diferente" acrescenta uma nova dimensão aos marcadores sociais já existentes, como classe, raça e gênero ampliando o escopo de análise do modelo social de deficiência. Segundo Armstrong (2010), "A neurodiversidade é para o cérebro o que a biodiversidade é para a natureza – um fenômeno a ser respeitado e valorizado".

Tiago Abreu (2022) ressalta a ambiguidade do termo, que pode se referir tanto a traços individuais quanto a um movimento político. Com base na obra de Singer, ele identifica quatro objetivos amplamente compartilhados pelo movimento: transformar o discurso estigmatizante dirigido às neurominorias; valorizar os aspectos positivos das neurodivergências, contrapondo-se à visão centrada no déficit; promover a participação ativa das pessoas neurodivergentes na sociedade; e evidenciar que a inclusão traz benefícios para toda a coletividade.

Carnielli (2021) destaca que o conceito de neurodiversidade defende a compreensão de que diferenças neurológicas, como o TEA e o TDAH, não devem ser vistas como patologias que requerem tratamento ou cura, mas sim como variações naturais e possíveis do funcionamento cerebral humano. A autora enfatiza que a existência desses indivíduos é fundamental e contribui de maneira significativa para o enriquecimento da sociedade em sua totalidade.

A Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), apesar de não dispor de uma definição formal e consolidada do termo neurodiversidade em suas políticas públicas, tem buscado integrar a diversidade neurológica e cognitiva no âmbito educacional por meio de suas ações inclusivas. Com base nos documentos e resoluções institucionais, pode-se entender a neurodiversidade como a reconhecimento e valorização das variações neurológicas e cognitivas, que incluem,

mas não se limitam, a condições como o TEA, TDAH, dislexia, entre outras formas de divergência cognitiva.

A UEPG, através de suas políticas inclusivas e ações afirmativas, entende que essas condições não devem ser tratadas como disfunções ou patologias a serem corrigidas, mas como expressões da diversidade humana, merecedoras de adaptações, apoios específicos e ambientes educacionais acessíveis e equitativos. Documentos como a Resolução UNIV 2021.7, que regulamenta o apoio a acadêmicos com necessidades educativas especiais, e as diretrizes da PRAE (Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis) confirmam o compromisso da universidade com a inclusão plena de estudantes neurodivergentes, proporcionando suporte psicopedagógico e ajustes acadêmicos necessários.

Conforme Dwyer (2022), o conceito de neurodiversidade refere-se à ideia de que as diferenças neurológicas, como o autismo, TDAH, dislexia, entre outras condições, devem ser entendidas como variações naturais no espectro humano, e não como distúrbios a serem corrigidos. A abordagem da neurodiversidade reconhece a existência de múltiplos modos de funcionamento cerebral e propõe que essas diferenças, longe de serem patologias, representam formas legítimas de diversidade cognitiva. O conceito enfatiza que as pessoas neurodivergentes possuem habilidades e desafios únicos, que merecem ser respeitados e valorizados dentro de uma sociedade inclusiva. A partir dessa perspectiva, é necessário reconfigurar o entendimento sobre o desenvolvimento humano, considerando as diferentes manifestações de funcionamento cerebral como parte integrante da diversidade humana e cultural, e não como algo que deva ser "normalizado" ou "curado" (Dwyer, 2022).

Inicialmente, o movimento da neurodivergência esteve predominantemente associado a indivíduos com TEA, TDAH e outros transtornos do neurodesenvolvimento. Contudo, à medida que o movimento se expandiu e ganhou visibilidade, pessoas com outras diferenças neurológicas passaram a adotar essa identidade. Com o tempo, o conceito foi ampliado para englobar Transtornos Específicos de Aprendizagem, como Dislexia, Disgrafia e Discalculia, bem como condições como Síndrome de Tourette, AHSD, e Transtornos do Desenvolvimento Intelectual, incluindo Síndrome de Down e Síndrome de Rett. Além disso, ativistas como Kassiane Asasumasu passaram a incluir no escopo das neurodivergências

transtornos mentais, como Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), Esquizofrenia, Transtornos de Personalidade, como o Transtorno de Personalidade Borderline, e doenças que afetam o sistema nervoso central, como Epilepsia, Doença de Parkinson e diversas formas de Esclerose (UFRGS, 2024).

A neurodiversidade configura-se como uma pauta política e social que reivindica a inclusão plena e a acessibilidade efetiva para indivíduos neurodivergentes, por meio do acesso equitativo a serviços de saúde, suporte psicossocial e tratamentos adequados às suas necessidades específicas. Essa agenda abrange ainda a demanda por ambientes físicos e institucionais adaptados, bem como a criação de um sistema educacional que reconheça e acomode as distintas formas de aprendizagem, promovendo práticas pedagógicas inclusivas e individualizadas. Além disso, busca-se a ampliação da conscientização pública e o fortalecimento de uma cultura que respeite e valorize a diversidade de funcionamento neurológico. Mais do que um conjunto de demandas, a neurodiversidade propõe uma transformação paradigmática, almejando uma reconfiguração na maneira como a sociedade compreende, valoriza e interage com as diferentes formas de cognição e comportamento humanos (UFRGS, 2024).

O conceito de neurodiversidade refere-se ao reconhecimento e valorização das variações individuais nos processos cognitivos e perceptivos humanos, ou seja, das distintas formas pelas quais os indivíduos experienciam e interagem com a realidade. Essa abordagem é significativa por proporcionar uma oportunidade crítica de repensar as concepções tradicionais sobre funcionalidade humana, ampliando a compreensão da diversidade para além dos limites dos parâmetros biomédicos e das construções sociais que frequentemente geram julgamentos inadequados. Sob essa perspectiva, a neurodiversidade possibilita a ressignificação do conceito de "normalidade", propondo uma visão mais inclusiva das capacidades humanas. Além disso, fundamenta políticas e práticas voltadas à Diversidade, Equidade e Inclusão (DEI), reconhecendo o valor das diversas formas de funcionamento neurológico na construção de uma sociedade mais plural e equitativa (Kirby; Smith, 2021).

Em síntese, a neurodiversidade propõe uma compreensão das variações neurológicas como fenômenos naturais e intrínsecos à condição humana, reconhecendo a singularidade de cada cérebro. O conceito abrange uma vasta gama

de condições, incluindo transtornos do neurodesenvolvimento, como o TEA e TDAH, além de condições que afetam o funcionamento mental e o sistema nervoso central, como a esquizofrenia, o TOC, a doença de Parkinson e a epilepsia, entre outras. A neurodiversidade também abrange condições relacionadas ao desenvolvimento intelectual, como a síndrome de Down.

Com a crescente visibilidade e a adesão de diferentes grupos, o movimento de neurodivergência se consolidou não apenas como um campo de discussão sobre essas condições, mas também como um movimento social e político, com ênfase na inclusão e no respeito à diversidade cognitiva e neurológica. Ao promover a compreensão da neurodiversidade, propõe-se uma abordagem mais inclusiva, que respeite as diferenças e valorize as contribuições de todos os indivíduos, independentemente de suas características neurológicas.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

A QV é um conceito abrangente que envolve diversos aspectos do bem-estar humano, como saúde física, mental e social. De maneira geral, a qualidade de vida está relacionada à percepção subjetiva de bem-estar e satisfação nas diferentes áreas da vida, incluindo saúde, relações interpessoais, trabalho e ambiente social. Embora sua definição possa variar conforme o contexto, no campo da saúde, a qualidade de vida é frequentemente associada à capacidade de um indivíduo viver de maneira funcional e plena. Isso implica em considerar tanto os fatores objetivos, como a ausência de doenças e a funcionalidade física, quanto os fatores subjetivos, como o estado emocional e a satisfação com a vida (Schalock, 2004). Este conceito integra não apenas a ausência de condições adversas, mas também a presença de experiências positivas e gratificantes que contribuem para o bem-estar geral do indivíduo.

Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero (2021) afirmam que, a QV é um constructo multidimensional e dinâmico, influenciado por fatores interrelacionados que englobam a saúde física, o estado psicológico, o grau de autonomia funcional, as condições de vida e as interações sociais do indivíduo. Além desses aspectos, abordagens contemporâneas incorporam, de forma crescente, os determinantes

macroestruturais, como os contextos econômico, sociocultural e político, reconhecendo que a experiência de bem-estar é mediada por condições estruturais que transcendem o nível individual.

Instituições internacionais, como a OMS, têm incorporado a QV como um componente essencial nas análises e diretrizes voltadas à promoção da saúde. Evidências empíricas indicam que a QV exerce influência significativa sobre a saúde física e mental dos indivíduos, impactando diretamente seu bem-estar geral e, em uma dimensão mais ampla, o desenvolvimento social e econômico das populações. A OMS define a QV como "a percepção que um indivíduo tem de seu lugar na existência, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive em relação às suas expectativas, normas e preocupações" (Who,1994).

No entanto, ao direcionarmos o foco para os cuidadores, a QV assume uma dimensão específica, que envolve a avaliação dos impactos físicos, psicológicos e sociais decorrentes de suas funções. O cuidado de indivíduos com necessidades especiais ou condições crônicas pode resultar em elevados níveis de estresse, sobrecarga emocional e fadiga, fatores que comprometem a qualidade de vida dos próprios cuidadores. A compreensão desse conceito, no contexto dos cuidadores, abrange não apenas a promoção do bem-estar dos indivíduos assistidos, mas também o reconhecimento das necessidades dos próprios cuidadores, os quais frequentemente enfrentam desafios significativos relacionados ao suporte emocional, físico e financeiro. A abordagem da qualidade de vida dos cuidadores deve, portanto, englobar estratégias que favoreçam o equilíbrio entre o cuidado prestado ao assistido e a preservação do bem-estar do próprio cuidador. Isso inclui a promoção do acesso a recursos adequados, apoio psicológico e condições que propiciem a manutenção da saúde e a recuperação por meio do descanso e da redução do estresse.

Ao ser abordada sob diferentes perspectivas, reflete tanto os aspectos objetivos quanto subjetivos da existência humana. No entanto, no contexto dos cuidadores, a definição desse conceito vai além da saúde física e emocional do indivíduo, abrangendo também os desafios enfrentados na prestação de cuidados. A sobrecarga que frequentemente acompanha a função de cuidador afeta significativamente seu bem-estar, gerando impactos nas áreas física, mental e social. Dessa forma, a promoção da qualidade de vida dos cuidadores requer uma abordagem integrada que considere não apenas as necessidades do indivíduo que recebe o cuidado, mas

também a saúde e o equilíbrio do próprio cuidador. Investir em políticas públicas e programas de apoio psicossocial para cuidadores é essencial para melhorar sua qualidade de vida, reduzir o estresse e prevenir o desgaste físico e emocional. O reconhecimento da importância do cuidador e a inclusão de suas necessidades nas estratégias de saúde e bem-estar são fundamentais para garantir um cuidado mais eficaz e sustentável, beneficiando tanto os cuidadores quanto as pessoas que recebem o cuidado.

Os modelos teóricos de QV têm desempenhado um papel central na sistematização do conceito, permitindo sua mensuração e aplicação em contextos clínicos, sociais e políticos. Dentre os modelos mais amplamente reconhecidos, destaca-se o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde com a finalidade de captar a percepção subjetiva dos indivíduos acerca de seu bem-estar, considerando fatores culturais, sociais e ambientais.

O modelo WHOQOL compreende a qualidade de vida como uma construção multidimensional, estruturada em domínios que incluem saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais. Sua principal contribuição é centrada no sujeito, reconhecendo que a experiência de bem-estar é mediada por contextos individuais e coletivos.

A partir desse referencial, a qualidade de vida passa a ser entendida não apenas como a ausência de enfermidades, mas como a presença de condições que favorecem a realização pessoal, a autonomia e a inserção social. Essa perspectiva fundamenta instrumentos como o WHOQOL-bref, instrumento utilizado nesse estudo.

2.3 IMPACTOS DO CUIDADO DE CRIANÇAS NEURODIVERSAS

O cuidado de crianças neurodiversas, ou com outras condições do neurodesenvolvimento, envolve desafios multifacetados que não apenas afetam a saúde física e o bem-estar da criança, mas também têm um impacto significativo sobre o cuidador e as dinâmicas familiares. O apoio social é um fator crucial na vida desses familiares e cuidadores, e este apoio pode vir de diferentes fontes, como familiares,

amigos, profissionais de saúde, grupos de apoio e comunidades online. A presença de uma rede de suporte bem estruturada pode mitigar o estresse associado ao cuidado diário e melhorar o bem-estar geral do cuidador.

O cuidado contínuo e intensivo de crianças neurodivergentes impõe uma série de exigências físicas, emocionais e cognitivas aos cuidadores, frequentemente associados à sobrecarga e ao comprometimento de sua saúde global. Entende-se que, a atuação constante na mediação de comportamentos, na organização da rotina terapêutica e no enfrentamento de barreiras sociais e institucionais contribui significativamente para o surgimento de sintomas de estresse crônico, ansiedade, depressão e distúrbios do sono. Nesse contexto, torna-se essencial compreender os impactos do cuidado prolongado sobre a saúde física e mental dos cuidadores, a fim de subsidiar políticas públicas e práticas clínicas voltadas à sua proteção e suporte integral.

De acordo com Misquiatti *et al.* (2015), as alterações no estilo de vida dos cuidadores decorrentes das demandas do cuidado podem acarretar repercussões significativas em sua esfera pessoal, impactando diretamente aspectos relacionados ao bem-estar, à rotina e à qualidade de vida. As mudanças no estilo de vida de cuidadores de crianças neurodivergentes envolvem, entre outros fatores, a redução do tempo disponível para o autocuidado, o comprometimento da saúde física e mental, bem como a necessidade de reestruturação de hábitos cotidianos com o objetivo de atender às demandas específicas (Mancil; Boyd; Bedesem, 2009).

No contexto do cuidado infantil, é comum que todas as mães, independentemente de seus filhos serem neurodiversos ou não, enfrentem uma sobrecarga emocional e física relacionada às demandas diárias de cuidado. Embora as mães de crianças neurodivergentes possam enfrentar desafios adicionais, é importante reconhecer que todas as mães, em sua função de cuidadoras primárias, tendem a internalizar as necessidades e responsabilidades de seus filhos de forma intensa, muitas vezes deixando suas próprias necessidades e interesses em segundo plano. Essa sobrecarga pode afetar o bem-estar materno, independentemente do perfil neurocognitivo da criança.

Pesquisas indicam que essa centralização do cuidado na figura materna acarreta uma sobrecarga significativa, decorrente de múltiplos fatores interligados: a complexidade e a intensidade do itinerário terapêutico da criança, a responsabilidade

simultânea pelos demais filhos e pelas atividades domésticas, bem como a escassez de apoio efetivo por parte do parceiro ou de outros membros da rede familiar (Cunha; Santos; Carlos, 2016).

Diante das múltiplas exigências impostas pelo cuidado contínuo de crianças neurodivergentes, é evidente que os cuidadores se encontram em situação de vulnerabilidade física e emocional, frequentemente submetidos a níveis elevados de estresse, exaustão e comprometimento da saúde global (Hayes e Watson, 2013). Pesquisas apontam que a sobrecarga decorrente do cuidado pode afetar negativamente aspectos como sono, alimentação, saúde mental e relações interpessoais (Rodrigues; Freitas, 2022). Nesse sentido, é imprescindível o desenvolvimento de políticas públicas e práticas interdisciplinares voltadas ao suporte integral do cuidador, com foco na promoção da saúde, no fortalecimento de redes de apoio e na valorização de estratégias preventivas e terapêuticas. O investimento na saúde desses indivíduos transcende o bem-estar individual, refletindo-se na qualidade do cuidado oferecido à criança e na estabilidade do núcleo familiar como um todo.

Adicionalmente, a magnitude do tempo dedicado ao cuidado de uma criança com Transtornos do Neurodesenvolvimento exerce influência na qualidade dos relacionamentos entre os membros familiares, podendo ocasionar dificuldades nas interações entre outros subsistemas familiares. Esse impacto pode manifestar-se no aumento de conflitos entre os cônjuges, o que, por sua vez, está associado a uma diminuição na satisfação conjugal (Samadi; McConkey; Bunting, 2014).

Kuhlthau *et al.* (2014) afirmam que, escores elevados de ansiedade e depressão estão significativamente correlacionados com uma diminuição na qualidade de vida, nesse contexto, o impacto do cansaço, da exaustão e da pressão associada ao cuidado de uma criança não apenas compromete os aspectos psicológicos, mas também afeta a qualidade de vida, o status socioeconômico e as dinâmicas familiares.

Além disso, os pais dedicam uma parcela significativa de seu tempo e energia ao cuidado dos filhos, o que pode reduzir as oportunidades para o fortalecimento de sua rede social primária. Embora alguns pais encontrem suporte dentro da rede familiar para compartilhar a sobrecarga de cuidados, muitos relatam satisfação quando esse apoio provém de indivíduos fora do núcleo familiar. Essa carência de cuidadores qualificados representa um obstáculo, especialmente para pais

desempregados ou sem recursos financeiros para remunerar serviços especializados, configurando uma limitação a nível comunitário (Houser *et al*, 2014).

Os aspectos emocionais e sociais do cuidado de crianças neurodiversas são complexos e multifacetados. O apoio social e as redes de suporte são fundamentais para aliviar o estresse e as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, enquanto o estigma social e o preconceito podem ser barreiras significativas para a qualidade de vida tanto para a criança quanto para o cuidador. A implementação de estratégias educativas, políticas públicas de apoio e o fortalecimento de redes de suporte são essenciais para garantir que os cuidadores recebam o apoio necessário, promovendo um ambiente mais inclusivo e saudável para as famílias de crianças neurodiversas.

2.4 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ADAPTAÇÃO

O cuidado de crianças, especialmente aquelas com necessidades especiais ou condições neurodiversas, impõe desafios significativos aos pais e cuidadores. O estresse e as dificuldades cotidianas enfrentadas por essas figuras de cuidado podem afetar sua saúde emocional, física e social. A forma como esses indivíduos lidam com tais adversidades é crucial para a manutenção do bem-estar familiar e a qualidade do cuidado prestado.

O estresse vivido por pais e cuidadores pode ser desencadeado por diversos fatores, incluindo a intensidade do cuidado exigido pela criança, a falta de suporte adequado, a sobrecarga de responsabilidades e as dificuldades financeiras. A literatura sugere que cuidadores de crianças com condições crônicas ou neurodiversas, como autismo, TDAH, ou outras deficiências do desenvolvimento, estão particularmente vulneráveis ao estresse prolongado, o que pode levar a quadros de exaustão emocional e burnout (Hastings, 2003).

A forma como os pais e cuidadores lidam com o estresse pode variar de acordo com suas experiências, recursos e redes de apoio. No entanto, algumas estratégias comuns são frequentemente adotadas para mitigar os impactos negativos do estresse cotidiano. Muitos pais e cuidadores buscam apoio psicológico para lidar com as emoções associadas ao estresse, como a ansiedade, depressão e frustração. A terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, tem se mostrado eficaz no apoio a

cuidadores, ajudando-os a identificar e modificar padrões de pensamento negativos, enquanto promove o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Khanh; Ma, 2023).

Compartilhar as responsabilidades de cuidado com outros membros da família ou com profissionais qualificados pode aliviar a carga de trabalho do cuidador primário. No entanto, a disponibilidade e a disposição de outros membros familiares para assumir responsabilidades podem ser limitadas, o que exige uma comunicação aberta e clara sobre as necessidades e expectativas. Estabelecer uma rotina bem definida pode ajudar os pais a gerenciar melhor o tempo entre o cuidado da criança e suas outras responsabilidades. O planejamento de atividades diárias e a priorização de tarefas também são ferramentas importantes para reduzir o estresse e aumentar a sensação de controle.

O apoio social é um fator crucial para a redução do estresse no cuidado de crianças com necessidades especiais. Redes de suporte, compostas por familiares, amigos, grupos de apoio e profissionais da saúde, desempenham um papel vital no bem-estar dos cuidadores, e se torna uma estratégia fundamental para o enfrentamento emocional. Os pais também podem aprender a redefinir suas expectativas em relação ao que conseguem realizar no cotidiano, aceitando que nem todos os dias serão perfeitos. A aceitação da realidade e a adaptação das expectativas pessoais à situação da criança podem reduzir sentimento de frustração e culpa.

A assistência de profissionais especializados, como psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, pode fornecer o suporte necessário para que os pais enfrentem as demandas associadas ao cuidado. Além disso, programas comunitários e políticas públicas voltadas ao apoio de cuidadores são fundamentais para a provisão de recursos financeiros, educacionais e sociais, contribuindo para o fortalecimento da rede de apoio e a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores.

Os pais e cuidadores de crianças neurodivergentes frequentemente enfrentam desafios significativos, mas o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento eficazes, como apoio psicológico, organização do tempo e o fortalecimento de redes de suporte, pode aliviar o impacto negativo do estresse. Além disso, políticas públicas e programas de apoio são fundamentais para proporcionar o suporte necessário, garantindo que os cuidadores possam manter sua saúde física e emocional enquanto oferecem o melhor cuidado possível às crianças. A resiliência familiar, promovida por

uma rede de apoio forte e uma comunicação eficaz, é essencial para que os cuidadores enfrentem os desafios diários de maneira mais equilibrada e saudável.

A criação de redes de apoio social é essencial para aliviar o estresse e promover o bem-estar dos cuidadores. Esses programas visam proporcionar um espaço de troca de experiências e aprendizado, além de oferecer apoio emocional e recursos informativos. Grupos de apoio, tanto presenciais quanto virtuais, são fundamentais para criar um senso de comunidade entre os cuidadores de crianças neurodiversas. Nesses grupos, os pais podem compartilhar suas experiências, trocar estratégias de cuidado e receber suporte emocional de outros indivíduos que enfrentam desafios semelhantes. A troca de informações sobre terapias, adaptações educacionais e serviços de apoio pode também ser um recurso valioso.

Gray (2002) afirma que, a participação em grupos de apoio ajuda a reduzir o isolamento social e oferece um espaço para desabafos, o que pode aliviar a sensação de estigma e promover a resiliência dos cuidadores. O autocuidado é um componente crucial da saúde dos cuidadores. Muitos programas de apoio oferecem orientações sobre práticas de autocuidado, como exercícios físicos, meditação e estratégias de relaxamento. Essas intervenções visam reduzir o impacto do estresse e melhorar a saúde física e mental dos cuidadores, permitindo-lhes lidar melhor com as demandas do cuidado diário.

A implementação de intervenções e programas de apoio adequados para familiares e cuidadores de crianças neurodiversas é fundamental para a promoção de seu bem-estar e a melhoria da qualidade do cuidado prestado. Esses programas devem ser multidimensionais, abordando não apenas as necessidades práticas de cuidado, mas também o suporte emocional e psicológico dos cuidadores. A criação de redes de apoio social, o treinamento especializado e o acesso a políticas públicas adequadas são fundamentais para reduzir o estigma, aliviar a carga emocional dos cuidadores e promover um ambiente mais inclusivo e saudável para as crianças neurodiversas e suas famílias.

2.5 JUSTIFICATIVA

A melhoria da qualidade de vida de familiares e cuidadores de crianças neurodiversas é fundamental para garantir um ambiente saudável e equilibrado, tanto para as crianças quanto para seus cuidadores. Misquiatti *et al* (2015), afirmam que, cuidar de uma criança neurodivergente pode ser fisicamente e emocionalmente desafiador, exigindo uma quantidade significativa de tempo, energia e recursos. Cuidadores que mantêm um bom equilíbrio emocional sentem-se mais fortalecidos para lidar com os desafios diários, e ao sentir-se bem apoiados, são capazes de proporcionar um cuidado mais atencioso e eficaz além de entenderem melhor as necessidades específicas das crianças neurodiversas, melhorando a qualidade do atendimento (Gorlin *et al*, 2016).

Promover a qualidade de vida dos familiares e cuidadores de crianças neurodiversas é essencial para o bem-estar de toda a família, e ao priorizar a saúde e o apoio aos cuidadores, investimos simultaneamente no desenvolvimento saudável e no bem-estar das crianças, estabelecendo um ciclo positivo de cuidado e crescimento compartilhado.

O Projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas” representa uma abordagem diferenciada, focada no acolhimento e no suporte integral às famílias de crianças neurodivergentes, alinhando-se às diretrizes atuais do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a atenção humanizada, formalizada pela Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Esta alteração na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) insere a atenção humanizada como um princípio legal, assegurando que o acolhimento e o cuidado sejam prestados de maneira mais respeitosa e empática, considerando a dignidade e as necessidades individuais dos pacientes. De acordo com a Lei nº 15.126 (2025), a implementação desse princípio visa promover cuidados mais personalizados e centrados no ser humano, o que reforça a importância de iniciativas como o projeto, que proporciona uma abordagem mais acolhedora e empática às famílias de crianças neurodivergentes, respeitando suas particularidades e desafios únicos.

O objetivo mais abrangente desse estudo é a combinação de PIC's como coadjuvantes no processo de melhoria da qualidade de vida dos familiares e cuidadores de crianças neurodiversas, sendo assim, o estudo se propõe a analisar a viabilidade de implementar uma estratégia que envolva diferentes práticas

complementares para auxiliar na qualidade de vida, além de promover relações sociais saudáveis e mecanismos que possam amenizar a ocorrência de sintomas de estresses e ansiedade, visto que, a falta de dados publicizados e a dependência de estimativas prejudicam a compreensão precisa da neurodiversidade no Brasil e a eficácia das intervenções para crianças neurodiversas.

Além disso, o longo tempo de espera nas filas do SUS evidencia que famílias em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica têm acesso limitado a serviços especializados, e superar essas lacunas é fundamental para garantir que políticas e práticas educacionais sejam informadas e adequadas às necessidades reais dessa população, oferecendo alternativas de cuidado acessíveis e eficazes, capazes de promover o bem-estar de toda a família e garantir que as intervenções estejam alinhadas às necessidades reais de quem mais depende desses serviços.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar de que maneira a participação em um programa de 12 encontros com as Práticas Integrativas Complementares em saúde impacta a percepção da qualidade de vida de pais e cuidadores de crianças neurodivergentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Traçar o perfil sociodemográfico dos familiares e cuidadores de crianças neurodiversas que participarem do programa.

Analisar através de escalas: a qualidade de vida (WHOQOL-Bref), o stress (EPS10) e a ansiedade (BAI).

Verificar se as PIC's melhoram os níveis de estresse, ansiedade e qualidade de vida em familiares e cuidadores de crianças neurodiversas;

Avaliar as diferenças entre o Grupo de Intervenções e o Grupo controle.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM, TIPO DE PESQUISA E ASPECTOS ÉTICOS

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem mista, de natureza qualitativa e quantitativa, com delineamento exploratório e descritivo. O estudo teve como objetivo analisar de que maneira a participação em um programa de 12 encontros com as PIC's impacta a percepção da qualidade de vida de pais e cuidadores de crianças neurodivergentes. A abordagem qualitativa adotada no estudo teve como objetivo compreender as vivências e percepções dos participantes, utilizando entrevistas semiestruturadas como instrumento de coleta de dados. A análise dos dados foi realizada por meio da análise temática, que possibilitou a identificação e interpretação dos principais temas emergentes nas falas dos participantes, enquanto a vertente quantitativa envolveu a aplicação de instrumentos psicométricos para aferição de indicadores de saúde emocional e qualidade de vida.

A abordagem exploratória permitiu o aprofundamento inicial em um tema ainda pouco estudado no contexto local, possibilitando identificar aspectos relevantes sobre o cotidiano dos cuidadores e suas demandas emocionais. Já o caráter descritivo buscou registrar e analisar as percepções dos participantes sobre os efeitos do projeto, com ênfase na saúde mental e na qualidade de vida desses cuidadores.

Para a análise quantitativa, foram utilizados instrumentos padronizados e validados para mensurar dimensões específicas relacionadas ao bem-estar dos participantes. Foram aplicadas as seguintes escalas:

- WHOQOL-BREF, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da qualidade de vida em seus diferentes domínios (físico, psicológico, social e ambiental).
- Escala de Percepção de Estresse – 10 (EPS-10), que avalia a percepção subjetiva de estresse nas últimas semanas;
- Inventário de Ansiedade de Beck, que mensura os sintomas de ansiedade com base na frequência e intensidade das manifestações clínicas;

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil através do Código de Apresentação para Apreciação

Ética (CAAE) sob o número 81868424.2.0000.0105, tendo sido aprovado sob o parecer nº 6.993.615 em 08 de agosto de 2024. A proposta atendeu integralmente aos critérios estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as diretrizes e normas éticas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Todos os documentos obrigatórios e pertinentes ao protocolo — incluindo o projeto de pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os instrumentos de coleta de dados — foram devidamente apresentados em anexo e aprovados conforme os trâmites éticos vigentes. A aprovação garante que o estudo está em conformidade com os princípios da dignidade, autonomia, confidencialidade, e respeito à integridade física e emocional dos participantes.

4.2 PROGRAMA ACOLHER: APOIO ÀS FAMÍLIAS NEURODIVERSAS

Muitos são os desafios quando pensamos na infância e no seu desenvolvimento pleno, falar em desenvolvimento infantil é falar em políticas públicas alinhadas, ações coordenadas e articuladas, ainda mais quando detectamos algum atraso ou dificuldade para que esta criança aprenda e se torne funcional. Quanto mais precoce esta observação e intervenção, mais promissor é o prognóstico.

O programa "Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas" foi desenvolvido em resposta à crescente demanda da comunidade por suporte emocional e psicológico voltado para familiares e cuidadores de crianças com desenvolvimento neuroatípico. Sua criação alinha-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que tange à promoção da atenção humanizada, e visa suprir a lacuna no atendimento especializado, evidenciada pela extensa fila de espera para os serviços disponibilizados pela rede pública de saúde. Este projeto surge, portanto, como uma estratégia de acolhimento imediato, contribuindo para a humanização do cuidado e a garantia de apoio contínuo a essas famílias, muitas vezes desassistidas pelo modelo tradicional de atendimento.

Dessa forma, o programa surgiu em consonância com as políticas públicas, refletindo a necessidade de uma abordagem integrada e humanizada no suporte às famílias. Além de preencher essa lacuna, o programa oferece recursos e estratégias

para lidar com as complexidades do cuidado diário, promovendo o bem-estar emocional dos cuidadores, enquanto contribui para a inclusão e o desenvolvimento das crianças com necessidades específicas. O programa é um reflexo da crescente demanda por um cuidado mais humanizado e integral, que respeite as singularidades do neurodesenvolvimento e da experiência familiar, alinhando esforços entre diversas políticas públicas e organizações locais para promover a inclusão e oferecer suporte contínuo às famílias neurodiversas.

A iniciativa da criação do projeto é resultado de uma parceria estratégica entre o NUPI, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, e o ASI/UEPG. O programa reflete o compromisso das instituições com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), que busca garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades, e o ODS 17 (Parcerias e Meios de Implementação), que destaca a importância das parcerias eficazes e da cooperação entre diferentes setores para alcançar os objetivos globais. Ao integrar esforços interinstitucionais, essa ação busca promover um modelo de cuidado integral, alinhado aos princípios de inclusão e equidade, e contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e sustentável, baseada em um atendimento de saúde que leva em consideração as dimensões física, emocional e social dos indivíduos.

Em consonância com os marcos legais que asseguram os direitos das crianças e adolescentes em Ponta Grossa através do NUPI, existem ações pioneiras como o Centro de Atendimento à Criança da Educação Especial Inclusiva – Superação (CIAC Superação), implantado pela Secretaria Municipal de Educação (SME). O CIAC é um espaço especializado que integra ações pedagógicas, terapêuticas e sociais, e funciona em articulação com outros setores estratégicos do município, como a FMS, a Fundação de Assistência Social (FAS) e a Secretaria Municipal de Esportes (SMESP). Mantido pela Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, o centro propõe uma abordagem multidisciplinar que visa promover o desenvolvimento global da criança, por meio de planos terapêuticos singulares, respeitando as especificidades do neurodesenvolvimento de cada indivíduo.

O funcionamento do CIAC se dá a partir da atuação conjunta de profissionais da educação, saúde e assistência social, garantindo um modelo de atenção integral e intersetorial. A proposta do centro está alinhada aos princípios da educação inclusiva

e da equidade, promovendo o acolhimento e o acompanhamento individualizado de crianças com TEA, Transtornos de Aprendizagem, Altas Habilidades/Superdotação, Transtornos Mentais, entre outras condições neurodivergentes.

Em consonância com esta ação, a FMS, visa prestar atendimento especializado e de qualidade, desde a percepção de atraso no desenvolvimento até o diagnóstico e intervenção. O serviço é pautado em escuta qualificada, processo de diagnóstico criterioso e intervenções efetivas, de forma naturalista, com técnicas específicas de cada especialidade profissional, em grupos e oficinas, que promovam habilidades cognitivas, motoras, sensoriais, emocionais, físicas, de funcionalidade e sociais.

O projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas” foi idealizado com o propósito de oferecer suporte integral aos cuidadores e familiares de crianças com desenvolvimento neuroatípico. Suas ações são fundamentadas na compreensão de que o cuidado de uma criança neurodivergente exige não apenas conhecimento técnico, mas também acolhimento emocional e fortalecimento das relações familiares. Uma das principais ações do projeto consiste na criação de um ambiente de escuta qualificada, onde os cuidadores e familiares encontram espaço para expressar livremente suas dúvidas, angústias, desafios cotidianos e vivências emocionais, promovendo a troca de experiências entre os participantes, favorecendo o sentimento de pertencimento e de acolhimento mútuo.

O projeto foi executado ao longo de quatro meses, com a realização de encontros semanais voltados aos familiares e cuidadores de crianças neurodiversas que estavam em acompanhamento no NUPI. Cada encontro foi estruturado de forma a proporcionar aos participantes vivências com práticas integrativas e complementares, como estratégias de relaxamento, respiração consciente, meditação, rodas de conversa, entre outras abordagens voltadas à saúde emocional. O objetivo do projeto foi fortalecer o bem-estar dos cuidadores, por meio da oferta de técnicas de autocuidado que puderam ser aplicadas no cotidiano, além de ferramentas para lidar com o estresse, a ansiedade e as demandas emocionais que acompanham o cuidado de uma criança com desenvolvimento atípico.

As atividades do programa “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas” foram desenvolvidas com base em um conjunto diversificado de abordagens terapêuticas, educacionais e de autocuidado, visando promover o bem-estar emocional e físico dos familiares e cuidadores de crianças com desenvolvimento atípico. O enfoque central

foi proporcionar informações relevantes e práticas de cuidado que permitissem aos participantes desenvolver estratégias para melhorar sua qualidade de vida e lidar com os desafios diários de forma mais equilibrada. As atividades foram organizadas em uma série de encontros temáticos, conforme descrito abaixo:

Os encontros do programa foram estruturados em dois momentos distintos, com o objetivo de proporcionar um espaço integral de acolhimento e aprendizado. No primeiro momento, realizava-se o acolhimento dos participantes por meio de rodas de conversa, abordando temáticas variadas voltadas ao desenvolvimento do autocuidado e do autoconhecimento. Esse formato de roda de conversa, inspirado em práticas comunitárias e terapêuticas, não só facilitou a expressão individual, mas também permitiu a construção coletiva de conhecimentos, promovendo a troca de experiências e o compartilhamento de vivências. Durante esses encontros, temas como saúde mental, gestão emocional, estratégias de enfrentamento e cuidados pessoais foram discutidos, criando um ambiente seguro onde os participantes podiam se sentir ouvidos e compreendidos.

O espaço favoreceu a escuta ativa, o fortalecimento do vínculo grupal e a expressão emocional, aspectos essenciais para o fortalecimento subjetivo dos cuidadores. As rodas de conversa também promoveram a criação de uma rede de apoio, permitindo que os participantes se reconhecessem em desafios comuns. Esse sentimento de pertencimento contribuiu para o aumento da confiança e da autoestima, auxiliando no enfrentamento das demandas do cuidado e na ressignificação do papel do cuidador, com uma nova percepção sobre suas capacidades e limites.

Segue abaixo a descrição dos encontros realizados no âmbito do projeto, contendo o cronograma com as temáticas e atividades desenvolvidas. O objetivo desta seção é apresentar de forma organizada as etapas de execução das ações propostas, permitindo compreender o percurso metodológico adotado e as estratégias empregadas para alcançar os objetivos do estudo. Os encontros foram planejados de modo sequencial e articulado, de forma a favorecer o processo de construção coletiva, o acolhimento dos participantes e a integração entre práticas reflexivas e vivenciais. Cada atividade visou desenvolver competências emocionais, fortalecer vínculos e promover a troca de experiências entre familiares e cuidadores de crianças neurodivergentes.

Tabela 1 – Atividades realizadas nos 12 encontros com o GC

(continua)

Tema		Prática Integrativa	Atividade realizada	Profissional responsável
1	O que é Saúde, Bem-estar e Felicidade para você	Terapia Comunitária Integrativa (TCI)	Roda de TCI com o tema aberto	Terapeutas
2	Qualidade de vida	Aromaterapia	Dinâmica de autocuidado, utilizado Blend de Óleo Essencial (OE) Confiança composto pelos OE's de Gengibre (Estimulante e reanimador, ativa a autoconfiança, coragem e determinação, além de trazer sensação de fortalecimento emocional), Laranja Doce (Energizante e revigorante, ajuda a manejar ansiedade, estresse e desânimo, trabalhando a criatividade e a inspiração, promove coragem) e Ylang Ylang (Relaxante, ajuda a diminuir tensão, ansiedade, irritabilidade, raiva e ajuda na resolução de problemas de relacionamento).	Psicóloga
3	Importância da atividade física	Tai chi chuan	O encontro teve como ponto de partida uma conversa sobre a relevância da atividade física na promoção do bem-estar integral, destacando sua influência positiva sobre o corpo, a mente e as emoções. A partir dessa reflexão teórica, os participantes foram convidados a experimentar, na prática, os movimentos suaves e meditativos do Tai Chi Chuan, vivenciando de maneira concreta os princípios de equilíbrio, concentração e harmonia discutidos anteriormente.	Instrutor de Tai chi chuan
4	Alimentação Saudável	Aromaterapia, fitoterapia	Conversa sobre alimentação saudável, com foco na importância de escolhas alimentares equilibradas para a promoção da saúde física e emocional. Após essa reflexão, os participantes vivenciaram uma atividade prática de aromaterapia, utilizando ervas como alecrim, manjerição, lavanda, dentre outras. Essas ervas foram escolhidas por seus benefícios terapêuticos, como a melhora da concentração, o alívio do estresse e a promoção do relaxamento.	Nutricionista
5	Estratégias para um Sono Saudável	Meditação e Auriculoterapia	Foram integradas práticas de auriculoterapia e meditação, visando proporcionar um relaxamento profundo e promover uma melhor qualidade de sono. A auriculoterapia foi utilizada para estimular pontos específicos nas orelhas, ajudando a aliviar tensões e a induzir um estado de calma. Simultaneamente, foi conduzida uma meditação guiada, focada em respiração e mindfulness, ajudando os participantes a desacelerar a mente e preparar o corpo para um sono reparador.	Terapeuta
6	Relacionamentos saudáveis	Auriculoterapia, e meditação guiada	A atividade sobre relacionamentos saudáveis utilizou práticas integrativas como auriculoterapia, aromaterapia e meditação guiada para promover o equilíbrio emocional e fortalecer os laços interpessoais. A auriculoterapia aliviou o estresse e favoreceu a tranquilidade, enquanto a aromaterapia, com óleo essencial de laranja doce, ajudou a promover relaxamento, melhorar o humor e equilibrar as emoções. A meditação guiada incentivou o autoconhecimento, a empatia e a presença.	Psicóloga

Tabela 1 – Atividades realizadas nos 12 encontros com o GC

(continuação)

Tema		Prática Integrativa	Atividade realizada	Profissional responsável
7	Autocuidado	Reflexologia Podal e auriculoterapia	A atividade de autocuidado utilizou exclusivamente a Reflexologia Podal para promover o bem-estar físico e emocional dos participantes. A técnica consistiu na estimulação de pontos específicos nos pés, com o objetivo de aliviar tensões, melhorar a circulação e favorecer o equilíbrio energético do corpo. A práticas proporcionou relaxamento, redução do estresse e contribuiu para o fortalecimento do equilíbrio físico e emocional.	Fisioterapeuta
8	Técnicas de relaxamento	Auriculoterapia, aromaterapia e Pilates	A atividade de técnicas de relaxamento combinou auriculoterapia, aromaterapia com óleo essencial de laranja doce e Pilates para promover o alívio do estresse e o equilíbrio físico e emocional. A auriculoterapia reduziu a tensão e proporcionou relaxamento profundo, enquanto a aromaterapia com laranja doce ajudou a melhorar o humor e restaurar o equilíbrio emocional. Os exercícios de Pilates focaram em alongamento e respiração, liberando tensões e melhorando a postura. Juntas, essas práticas ofereceram uma experiência integrada de relaxamento, aliviando o estresse e promovendo o bem-estar geral.	Educador Físico/Psicóloga
9	Inteligência emocional	Auriculoterapia e aromaterapia	A atividade sobre inteligência emocional utilizou aromaterapia com óleo essencial de laranja doce e auriculoterapia para promover autoconsciência e equilíbrio emocional. O óleo de laranja doce ajudou a reduzir emoções negativas, como ansiedade, melhorando o humor e favorecendo a clareza mental. A auriculoterapia estimulou pontos específicos nas orelhas, aliviando tensões e estresse, e melhorando a regulação emocional. A combinação dessas práticas promoveu um ambiente propício para o autoconhecimento, a regulação emocional e o desenvolvimento de habilidades para gerenciar melhor as emoções no cotidiano.	Psicóloga
10	Conexão com a natureza	Fitoterapia e aromaterapia	A atividade de conexão com a natureza visou promover o equilíbrio emocional, incentivando os participantes a se reconectarem com o meio ambiente. Cada um recebeu uma muda de flor, simbolizando o cuidado e o florescimento emocional. A aromaterapia com óleo essencial de lavanda ajudou a criar um ambiente de tranquilidade, reduzindo o estresse, enquanto a auriculoterapia aliviou tensões e favoreceu o equilíbrio emocional. Juntas, essas práticas proporcionaram uma experiência sensorial e emocional, promovendo autocuidado e renovação.	Assistente Social /Psicóloga
11	Ansiedade e estresse	Auriculoterapia, aromaterapia e meditação.	A atividade sobre ansiedade e estresse utilizou auriculoterapia, meditação guiada e aromaterapia com óleo essencial de laranja doce para ajudar os participantes a reduzir tensões e promover o equilíbrio emocional. A auriculoterapia aliviou o estresse e a ansiedade, enquanto a meditação guiada favoreceu o relaxamento profundo e a clareza mental. O óleo de laranja doce intensificou os efeitos calmantes, melhorando o humor e promovendo serenidade. Essa combinação ofereceu uma experiência completa de alívio emocional e autoconhecimento.	Psicóloga

Tabela 1 – Atividades realizadas nos 12 encontros com o GC

(conclusão)			
Tema	Prática Integrativa	Atividade realizada	Profissional responsável
12	Autocuidado	Auriculoterapia	Psicóloga /Nutricionista
A finalização do programa abordou a importância do autocuidado para o bem-estar físico, emocional e mental. Durante o encontro, foi aplicada a auriculoterapia, que promoveu equilíbrio energético e alívio de tensões. Além disso, uma entrevista semiestruturada foi realizada com os participantes para avaliar a experiência do programa e obter feedback sobre os impactos das práticas no bem-estar e na percepção do autocuidado. Esse momento de reflexão ofereceu insights valiosos para futuras ações de cuidado integral.			

Fonte: Elaborado pela própria autora

Outro aspecto fundamental do projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas” foi a construção de uma rede de apoio entre os participantes, promovendo a troca de experiências e o fortalecimento do senso de pertencimento e solidariedade entre os cuidadores. Por meio desse convívio, buscou-se não apenas reduzir o sentimento de isolamento frequentemente vivenciado pelas famílias, mas também incentivar a formação de vínculos duradouros e colaborativos, que ampliem a rede de suporte emocional e social em torno das crianças atendidas. Com essa abordagem, o projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas” contribuiu de forma significativa para a saúde integral das famílias, promovendo conhecimento, cuidado mútuo e fortalecimento comunitário.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO PROGRAMA “ACOLHER”

Foram estabelecidos como critérios de inclusão no programa: ser responsável direto (pai, mãe, avó, avô, tio (a), irmão (ã) ou outro cuidador legalmente reconhecido) por uma criança com diagnóstico ou suspeita de condição neurodivergente acompanhada pelo NUPI, e ter disponibilidade para participar dos encontros semanais ao longo dos quatro meses de duração do projeto.

Crítérios de exclusão incluíram o não comparecimento aos encontros ou a ausência de vínculo formal com crianças acompanhadas pelo NUPI.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostragem do projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas” foi do tipo não probabilística, por conveniência, composta exclusivamente por pais e cuidadores de crianças neurodivergentes que recebem acompanhamento no Núcleo pela Infância (NUPI), da rede pública municipal de Ponta Grossa – PR. A seleção dos participantes considerou a disponibilidade, o interesse espontâneo em participar das atividades e o vínculo direto com crianças em atendimento ativo no serviço.

Ao focar nas famílias cujas crianças já são acompanhadas pela equipe do Núcleo, o projeto assegura uma abordagem integrada e personalizada, fortalecendo os vínculos entre os serviços e promovendo o cuidado ampliado tanto da criança quanto de sua rede de apoio familiar.

A escolha dessa amostra visou garantir a coerência metodológica com os objetivos do projeto, que propôs ações de apoio emocional, autocuidado e fortalecimento da rede de suporte entre os cuidadores das crianças acompanhadas pelo NUPI. Dessa forma, a amostra representa um grupo diretamente impactado pelas vivências da neurodiversidade no contexto familiar e institucional, o que justifica sua centralidade na avaliação das ações propostas pelo projeto.

Inicialmente, foram convidados a participar do estudo um total de 35 (trinta e cinco) pais e cuidadores, com o objetivo de formar uma amostra final de aproximadamente 15 (quinze) participantes. Para recrutamento, foi enviada uma mensagem por meio do aplicativo WhatsApp, contendo informações sobre o projeto, sua duração e o início dos encontros. Dos 35 (trinta e cinco) convidados, 27 (vinte e sete) manifestaram interesse em participar. No entanto, 2 (dois) desses participantes informaram que não poderiam comparecer aos encontros devido a conflitos com seus horários de trabalho. Assim, dos 25 (vinte e cinco) pais e cuidadores restantes, 12 (doze) foram alocados no Grupo Intervencionista (GI) e 13 (treze) no Grupo de Controle (GC). Durante o desenvolvimento do projeto, 13 (treze) participantes desistiram, por motivos diversos, como mudança de cidade, alta dos atendimentos no NUPI, ou incompatibilidade de horários. Dessa forma, a amostragem final foi composta por 12 (doze) pais e cuidadores, sendo 6 (seis) no GI e 6 (seis) no GC.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de setembro à dezembro de 2024, por meio da aplicação de três instrumentos psicométricos validados, uma entrevista semiestruturada e um questionário sociodemográfico. Os dados foram obtidos em dois momentos distintos: pré-intervenção (linha de base) e pós-intervenção, no encontro de finalização das doze intervenções previstas, com duração total de três meses.

A análise dos dados seguiu uma abordagem mista, integrando procedimentos quantitativos, com uso de estatísticas descritivas e inferenciais, e qualitativos, por meio da análise de conteúdo temática, com o objetivo de ampliar a compreensão dos efeitos da intervenção tanto em termos objetivos quanto subjetivos.

Para a coleta dos dados, foram utilizados instrumentos padronizados e validados, incluindo o WHOQOL-bref, destinado à avaliação multidimensional da qualidade de vida; a EPS-10, utilizada para aferir os níveis de estresse percebido e a BAI, empregada para mensurar a gravidade dos sintomas ansiosos. Complementarmente, foi aplicada uma entrevista semiestruturada composta por oito questões abertas, voltadas à exploração das percepções subjetivas dos participantes, bem como um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra.

Seguem, abaixo, as especificações de cada um dos instrumentos empregados no processo de coleta de dados.

World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref) um instrumento padronizado desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) com o objetivo de avaliar a percepção subjetiva da qualidade de vida em diferentes contextos socioculturais. Composto por 26 itens, o questionário está estruturado em quatro domínios principais: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Trata-se de um instrumento amplamente validado e utilizado internacionalmente, cuja versatilidade permite sua adaptação transcultural para distintas populações. Os itens do WHOQOL-bref são organizados em uma escala tipo Likert, com variações nas dimensões de intensidade (de “nada” a “extremamente”), capacidade (de “nada” a “completamente”), frequência (de “nunca” a “sempre”) e avaliação subjetiva (de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” ou de “muito ruim” a “muito bom”). Esse instrumento é uma simplificação do questionário WHOQOL-100, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com a finalidade de avaliar a qualidade de vida sob uma

perspectiva multidimensional (THE WHOQOL GROUP, 1998). A versão utilizada neste estudo é composta por 26 itens, dos quais dois referem-se à avaliação global da qualidade de vida e da satisfação com a saúde, enquanto os demais 24 itens estão distribuídos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com escores convertidos em uma escala de 0 a 100, em que escores mais altos indicam melhor qualidade de vida.

A Escala de Percepção de Estresse - 10 (EPS-10), desenvolvida por Cohen e Williamson (1988), tem como finalidade mensurar o grau de percepção de estresse em indivíduos, considerando experiências vivenciadas nos últimos 30 dias. A versão utilizada neste estudo foi validada para o contexto brasileiro por Reis, Hino e Añez (2010). O instrumento é composto por 10 itens de múltipla escolha, os quais avaliam a frequência com que determinados pensamentos e sentimentos relacionados ao estresse ocorreram recentemente. As respostas são registradas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de 0 ("nunca") a 4 ("muito frequentemente"), conforme o grau de concordância com as afirmações apresentadas. Dos 10 itens, seis avaliam aspectos negativos do estresse (itens 1, 2, 3, 6, 9 e 10) e quatro avaliam aspectos positivos (itens 4, 5, 7 e 8). Para o cálculo do escore total, os itens positivos devem ser pontuados de forma invertida, e em seguida todos os itens são somados. A pontuação final varia de 0 a 40, sendo que valores mais elevados indicam maior percepção de estresse (Reis; Hino; Añez, 2010). A interpretação dos escores sugerem as seguintes interpretações, 0-13 (Baixo), 14-26 (Moderado) e 27-40 (Elevado).

A Escala de Ansiedade de Beck (BAI – Beck Anxiety Inventory) é um instrumento de autorrelato desenvolvido por Beck *et al.* (1988), com o objetivo de mensurar a intensidade dos sintomas de ansiedade em adultos e adolescentes. No Brasil, a escala foi traduzida, adaptada e validada por Cunha (2001), demonstrando adequada validade e confiabilidade para o contexto nacional. A BAI avalia sintomas somáticos e cognitivos de ansiedade, sendo especialmente útil para diferenciar manifestações ansiosas de sintomas depressivos. O instrumento é composto por 21 itens, os quais descrevem sintomas experimentados nos últimos sete dias. As respostas seguem um formato de escala Likert de 4 pontos, variando de 0 a 3, de acordo com a intensidade com que o sintoma foi percebido sendo, 0 (Absolutamente não), 1 (Levemente - Não me incomodou muito), 2 (Moderadamente - Foi muito desagradável, mas pude suportar), 3 (Gravemente - Dificilmente pude suportar). A

interpretação dos escores varia de 0 a 63 pontos, sendo 0–10 (Ansiedade mínima), 11–19 (Ansiedade leve), 20–30 (Ansiedade moderada) e 31–63 (Ansiedade grave).

A entrevista semiestruturada foi elaborada com o intuito de captar de forma aprofundada as percepções, experiências subjetivas e impactos atribuídos à participação no Projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas”. A entrevista foi composta por oito questões abertas, construídas com base nos objetivos da intervenção e nas dimensões de saúde emocional, bem-estar físico, adesão às práticas e ressignificação do cuidado de si. As perguntas buscaram explorar aspectos como a satisfação com as atividades propostas, a facilidade de incorporação das práticas à rotina familiar, as percepções de melhora emocional e física, e os efeitos psicossociais da participação no grupo, além de possibilitar um espaço de expressão livre para que os participantes resumissem simbolicamente a experiência vivenciada. Essa abordagem qualitativa complementou os dados quantitativos, permitindo uma análise compreensiva e integradora dos efeitos da intervenção, conforme preconiza o delineamento de pesquisa de métodos mistos. A análise do conteúdo das entrevistas visou identificar categorias emergentes que refletissem mudanças cognitivas, emocionais, relacionais e comportamentais decorrentes do processo grupal e das práticas integrativas vivenciadas.

Para a caracterização da amostra, foi utilizado um questionário sociodemográfico, cujo objetivo foi traçar o perfil dos participantes, por meio da coleta de informações relativas com características relevantes para a análise do contexto socioeconômico e demográfico dos indivíduos envolvidos no estudo. As variáveis consideradas incluíram: nome completo (para fins de identificação e controle), idade, telefone, cidade, estado de residência, sexo, nível de escolaridade e renda familiar mensal.

4.6 PROCEDIMENTOS

No primeiro dia de atividades, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos envolvidos e a confidencialidade dos dados. Aqueles que manifestaram interesse em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam, neste momento inicial

(linha de base), aos três instrumentos quantitativos (WHOQOL-bref, BAI e EPS-10), além do questionário sociodemográfico.

No último encontro, além da reaplicação dos três instrumentos, foi conduzida uma entrevista semiestruturada com os participantes que mantiveram vínculo com o grupo até a conclusão da intervenção. A entrevista semiestruturada foi realizada como parte do encerramento das atividades grupais. A coleta de dados foi realizada de forma coletiva, preservando a espontaneidade das interações entre os participantes. As questões orientadoras foram apresentadas ao grupo, e os participantes responderam de forma voluntária e sequencial a todas as perguntas formuladas. Esse procedimento garantiu que todos os integrantes tivessem a oportunidade de expressar suas opiniões de maneira plena. O encontro foi conduzido no mesmo ambiente das sessões grupais, um espaço previamente familiar aos participantes, o que favoreceu a construção de um clima de confiança e abertura. A sessão foi gravada em áudio, com o consentimento prévio dos participantes, visando assegurar a fidelidade do conteúdo para posterior transcrição e análise qualitativa.

As gravações foram transcritas na íntegra por pesquisadores envolvidos no estudo. As transcrições passaram por leitura flutuante e codificação temática, seguindo os princípios da análise de conteúdo de abordagem qualitativa, conforme Bardin (2011). As categorias emergentes foram construídas de forma indutiva, a partir da recorrência de sentidos e significados atribuídos pelos participantes às experiências vivenciadas durante a intervenção. Esse processo permitiu a identificação de dimensões subjetivas e transformações emocionais, cognitivas e relacionais associadas à participação no Projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas”, compondo a análise qualitativa integrada aos dados quantitativos do estudo.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi conduzida a partir de uma abordagem quantitativa e qualitativa, com o objetivo de explorar de maneira aprofundada as variáveis relacionadas a qualidade de vida, estresse e a ansiedade dos participantes. A parte quantitativa do estudo fundamentou-se na aplicação de instrumentos validados e

padronizados, os quais permitiram a mensuração objetiva dessas variáveis, garantindo a consistência e a confiabilidade dos dados obtidos. Tais instrumentos foram escolhidos de acordo com os princípios metodológicos propostos por Creswell (2014), que sistematiza os diferentes desenhos de pesquisa em métodos mistos, possibilitando a integração das abordagens qualitativa e quantitativa para uma análise mais abrangente e robusta dos resultados.

A abordagem qualitativa deste estudo fundamentou-se nos princípios da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), permitindo a identificação, categorização e interpretação dos sentidos atribuídos pelos participantes às suas vivências ao longo da intervenção. Essa escolha metodológica articula-se à perspectiva de Minayo (2014), que destaca a centralidade da pesquisa qualitativa na compreensão dos significados subjetivos, das práticas sociais e dos processos relacionados à saúde, sobretudo em contextos marcados por vulnerabilidades sociais e afetivas.

A integração dessas diferentes estratégias metodológicas visa proporcionar uma análise mais robusta e abrangente, unindo a profundidade interpretativa da abordagem qualitativa à rastreabilidade e objetividade dos dados quantitativos, como destacado por Creswell (2014) e corroborado por Minayo (2014) no campo da saúde coletiva.

4.7.1 Análise Quantitativa (Pré e Pós Intervenção)

A análise quantitativa foi conduzida a partir dos dados coletados por meio da aplicação dos instrumentos WHOQOL-BREF, BAI e EPS-10, aplicados em dois momentos distintos, sendo antes (pré-intervenção) e após (pós-intervenção) a realização das atividades propostas no Projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas”.

A amostra foi dividida em dois grupos, sendo Grupo Intervenção (n=6), que participou das atividades, e Grupo Controle (n=6), que não recebeu a intervenção no período de estudo. Essa estrutura permitiu comparar as variações nas variáveis analisadas entre os grupos ao longo do tempo.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial para o tratamento dos dados, considerando a natureza da amostra (n total = 12 sendo GI = 6 e GC=6,). Inicialmente, os dados sociodemográficos foram organizados em tabelas com frequências absolutas e relativas, a fim de caracterizar o perfil dos participantes. Para as variáveis psicométricas (qualidade de vida, ansiedade e percepção de estresse), foram calculadas as médias e de dispersão (desvio padrão), além de estimativas de intervalo de confiança.

Com o intuito de avaliar os possíveis efeitos da intervenção, foram aplicados testes estatísticos apropriados para comparar os resultados obtidos nos momentos pré e pós-intervenção no Grupo Intervenção (GI). No Grupo Controle (GC), os instrumentos foram aplicados apenas em avaliações inicial e final, sem a realização de intervenções. Para ambas as análises, utilizou-se, entre outros, o teste t pareado. Além disso, foram calculados coeficientes de correlação e níveis de significância (valor de p), possibilitando a avaliação da magnitude e da confiabilidade das diferenças observadas.

4.7.2 Análise Qualitativa

Subsequente à coleta de dados, as informações qualitativas obtidas por meio das entrevistas complementares foram submetidas à análise temática, em conformidade com os pressupostos metodológicos de Bardin (2011). Esse procedimento permitiu a organização e interpretação dos dados em categorias e temas centrais, facilitando a identificação dos padrões e significados emergentes nas experiências e percepções dos participantes. A análise envolveu a leitura das transcrições, identificação de unidades de significado, codificação e categorização dos dados em temas recorrentes.

Essa abordagem permitiu acessar as percepções subjetivas dos participantes do GI sobre o projeto, destacando sentimentos de acolhimento, mudanças no autocuidado, fortalecimento dos vínculos familiares e a ressignificação de experiências individuais. As categorias emergentes foram ilustradas com trechos das falas, respeitando a confidencialidade e a identidade dos envolvidos.

5 RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos quantitativos e qualitativos utilizados no estudo. Os dados foram organizados conforme os objetivos da pesquisa e os questionários aplicados, permitindo uma análise estruturada e integrada dos efeitos do projeto.

Inicialmente, é apresentado o perfil sociodemográfico dos participantes, com base no questionário elaborado para caracterização da amostra. Em seguida, são expostos os resultados dos instrumentos quantitativos, sendo questionário sociodemográfico, com o objetivo de caracterizar o perfil dos participantes, permitindo uma melhor compreensão das variáveis pessoais, sociais e econômicas que poderiam influenciar os resultados obtidos nas demais avaliações, o WHOQOL-BREF, que avalia a qualidade de vida; a Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10); e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), com foco na comparação dos escores pré e pós-intervenção entre o grupo controle e o grupo intervenção.

Por fim, são apresentados os dados qualitativos provenientes da entrevista semiestruturada complementar, analisados por meio da técnica de análise temática, com o intuito de compreender em profundidade as experiências, percepções e mudanças relatadas pelos participantes ao longo do processo de intervenção.

Essa organização visa garantir clareza e coerência na apresentação dos achados, respeitando a natureza de cada instrumento aplicado e promovendo a integração entre os dados quantitativos e qualitativos.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Conforme dados apresentados na Tabela 2, a amostra foi composta por 12 participantes distribuídos entre o GI = 6 e GC = 6, dos quais 9 (75%) eram do gênero feminino, os participantes do gênero masculino representaram 16,67% da amostra, enquanto 1 (8,33%) se identificou como masculino trans.

No grupo analisado, 50% dos participantes são solteiros, indicando que metade não possui vínculo conjugal no momento. 25% são casados, demonstrando um quarto da amostra em relações matrimoniais formais. Além disso, 16,67% vivem em união estável, o que representa uma parcela significativa com compromisso reconhecido

socialmente, mas sem formalização legal. Por fim, 8,33% dos participantes são divorciados, mostrando que uma pequena parte já passou por uma separação legal. Esses dados podem indicar diferentes configurações familiares envolvidas no cuidado de crianças neurodivergentes, o que pode influenciar no suporte emocional e social disponível.

No que se refere à renda familiar mensal, a maioria dos participantes (75%) declarou possuir renda de até 1 salário mínimo, evidenciando um perfil de vulnerabilidade socioeconômica. Outras 16,67% afirmaram ter renda de 1 a 3 salários mínimos, e apenas 8,33% relataram renda entre 3 e 5 salários mínimos. Esses dados reforçam a importância de políticas públicas e redes de apoio que considerem a realidade socioeconômica dessas famílias, especialmente no acesso aos cuidados de saúde e às práticas integrativas.

Tabela 2 - Perfil dos participantes programa Acolher. Ponta Grossa, 2024 (n = 12)

Variável		N	%	IC 95%	
				Inf	Sup
Gênero	Feminino	9	75	50,55	99,5
	Masculino	2	16,67	0	37,8
	Outros	1	8,33	0	23,98
Estado civil	Solteiro	6	50,00	21,7	78,3
	União Estável	2	16,67	0	37,8
	Divorciada	1	8,33	0	23,97
	Casado	3	25,00	0,5	49,5
Renda familiar	1 Salário mínimo	9	75	50,5	99,5
	1 a 3 salários mínimos	2	16,67	0	37,8
	3 a 5 salários mínimos	1	8,33	0	23,95

N = frequência absoluta; % = frequência relativa; IC (95%) = intervalo de confiança de 95%; Inf = Limite inferior; Sup = Limite superior.

Fonte: Elaborado pela própria autora

Em relação ao diagnóstico das crianças neurodivergentes que são atendidas no NUPI, revelou que 50% das crianças encontram-se em processo de investigação diagnóstica, ou seja, ainda não possuem um diagnóstico confirmado. Entre as crianças com diagnóstico estabelecido, 25% foram identificadas com TEA, e outros 25% foram diagnosticadas com TDAH. Esses dados refletem a complexidade do processo de avaliação e diagnóstico, o que reforça a necessidade de

acompanhamento contínuo e de suporte adequado às famílias, visando minimizar o sofrimento emocional e promover o bem-estar tanto das crianças quanto dos seus cuidadores.

5.2 WHOQOL BREF – QUALIDADE DE VIDA

A análise dos dados foi conduzida para os dois grupos da amostra: GC e GI. Essa abordagem visa respeitar o delineamento do estudo e possibilitar a comparação adequada entre os grupos, identificando mudanças intra e intergrupos decorrentes do período de intervenção. Para cada grupo, foi realizada análise descritiva dos escores médios e testes estatísticos inferenciais (teste t pareado para amostras dependentes), considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5.2.1 Domínio Qualidade de vida geral

Os dados da Tabela 3, foram analisados por meio do teste t para amostras dependentes (pareadas), com o objetivo de comparar os escores de Qualidade de vida pré e pós-intervenção para o GI. Os resultados indicaram um aumento significativo na média dos escores após a intervenção, passando de 47,92 (desvio padrão = 12,29) para 62,50 (desvio padrão = 12,29). O teste t revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os momentos ($t(5) = -2,91$; $p = 0,034$), com um intervalo de confiança de 95% entre -27,48 e -1,69.

Os resultados obtidos indicam que a intervenção implementada exerceu um efeito estatisticamente significativo e positivo sobre a percepção de qualidade de vida dos indivíduos participantes da amostra, evidenciando uma melhora nos escores avaliados após a aplicação do procedimento. Essa variação positiva sugere que os componentes da intervenção, particularmente PIC's, foram eficazes em promover ganhos subjetivos relacionados ao bem-estar físico, emocional e psicológico dos participantes. Além disso, os dados indicam que a intervenção contribuiu para uma mudança perceptível nas dimensões de autonomia, relacionamentos sociais e

capacidade de lidar com o estresse, elementos fundamentais para a qualidade de vida.

Tabela 3 - Resultado teste t para escores do domínio Qualidade de Vida Geral (GI, n = 6)

Medida	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Diferença (Depois – Antes)
Média	47,92	62,50	-14,58
Desvio Padrão	12,29	6,45	12,29
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-27,48 ; -1,69]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,034
t (gl=5)	–	–	-2,91
Correlação	–	–	0,372 (p=0,468)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Os resultados sugerem que a combinação de estratégias terapêuticas utilizadas foi adequada e relevante para o contexto dos participantes, oferecendo uma melhoria no estado de saúde subjetivo e nas condições de vida relacionadas ao cuidado. A diferença observada nos escores do domínio Qualidade de Vida Geral ($p = 0,468$) indica que a intervenção exerceu um efeito positivo e relevante sobre essa dimensão. Esse achado reforça a hipótese de que estratégias voltadas à promoção do bem-estar podem gerar mudanças significativas na percepção de qualidade de vida, quando associadas a práticas de apoio biopsicossocial e fortalecimento de vínculos. Tal resultado reforça a efetividade da estratégia adotada como uma intervenção potencialmente aplicável em contextos de promoção da saúde, especialmente em grupos que enfrentam desafios significativos relacionados à saúde física, emocional ou social, como ocorre com cuidadores de crianças neurodivergentes.

A análise do domínio Qualidade de Vida no grupo controle, por meio do teste t para amostras emparelhadas, conforme os dados da Tabela 4, revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores de qualidade de vida geral nos momentos de controle inicial e final ($t(5) = 0,277$; $p = 0,793$). O intervalo de confiança de 95% para a diferença entre as médias variou de -17,23 a 21,39, indicando ampla variabilidade e sobreposição entre os escores antes e depois. Além

disso, foi observada uma correlação moderada entre os escores nos dois momentos ($r = 0,525$), mas sem significância estatística ($p = 0,285$), o que sugere que os níveis de percepção da qualidade de vida se mantiveram relativamente estáveis neste grupo.

Tabela 4 - Resultado teste t para escores do domínio QV Geral (GC, $n = 6$)

Medida	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Diferença (Depois – Antes)
Média	66,67	64,58	2,08
Desvio Padrão	12,91	21,53	18,40
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-17,23; 21,39]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,793
t (gl=5)	–	–	0,277
Correlação(r)	–	–	0,525 ($p = 0,285$)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Através dos resultados não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios do domínio de qualidade de vida geral entre os dois momentos de avaliação. Essa estabilidade é esperada em grupos que não receberam ações externas capazes de modificar suas percepções subjetivas de bem-estar.

5.2.2 Domínio Físico

Através dos dados do GI apresentados na Tabela 5, verificou-se que os escores médios do domínio físico aumentaram de 48,82 (DP = 19,50) para 58,93 (DP = 14,93) após a intervenção. O teste t para amostras emparelhadas revelou diferença estatisticamente significativa entre os escores do domínio físico antes e após a intervenção ($t(5) = -4,02$; $p = 0,010$), indicando melhora na percepção de saúde física dos participantes, com intervalo de confiança de 95% entre -16,59 e -3,64.

Tabela 5 - Resultado teste t para escores do domínio Físico (GI, n = 6)

Medida	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Diferença (Depois – Antes)
Média	48,82	58,93	10,11
Desvio Padrão	19,50	14,93	6,17
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-16,59; -3,64]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,010
t (gl=5)	–	–	-4,02
Correlação (r)	–	–	0,971 (p=0,001)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Os resultados obtidos indicam que a intervenção implementada foi eficaz em promover melhorias significativas na percepção da saúde física dos participantes. A elevação expressiva dos escores no domínio físico após a intervenção sugere a relevância da intervenção como uma estratégia eficiente de promoção da qualidade de vida, especialmente no que tange ao bem-estar físico. Ademais, os dados ressaltam a importância de intervenções focadas não apenas em aspectos psicológicos e sociais, mas também na dimensão física, que é fundamental para o equilíbrio e autonomia dos indivíduos.

Os resultados do teste t do GC informados na Tabela 6, para amostras emparelhadas do grupo físico, indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores do domínio físico nos momentos pré-intervenção (M = 63,07; DP = 12,30) e pós-intervenção (M = 60,12; DP = 18,95). A diferença média entre os escores foi de 2,95 pontos (DP = 15,06), com intervalo de confiança de 95% variando de -12,85 a 18,75. O valor de $t(5) = 0,480$, com $p = 0,652$, confirma a não significância estatística. A correlação entre os escores antes e depois da intervenção foi moderada ($r = 0,608$), mas não significativa ($p = 0,200$), sugerindo alguma estabilidade nos escores individuais ao longo do tempo, mas sem indicar um efeito sistemático da variável tempo.

Tabela 6 - Resultado teste t para escores do domínio Físico (GC, n = 6)

Medida	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Diferença (Depois – Antes)
Média	63,07	60,12	2,95
Desvio Padrão	12,30	18,95	15,06
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-12,85; 18,75]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,652
t (gl=5)	–	–	0,480
Correlação(r)	–	–	0,608 (p= 0,200)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Esses resultados estão em consonância com a ausência de intervenções no grupo controle, sugerindo que, no domínio físico, não houve modificações significativas espontâneas ao longo do período avaliado.

5.2.3 Domínio Psicológico

Os resultados do teste t apresentados na Tabela 7, para amostras emparelhadas, indicam diferença estatisticamente significativa nos escores do domínio psicológico entre os momentos pré e pós-intervenção ($t(5) = -11,67$; $p < 0,001$). A média dos escores aumentou de 42,37 (DP = 8,10) antes da intervenção para 67,37 (DP = 10,35) após a intervenção, representando uma diferença média de -25,00 (DP = 5,25; IC 95% = -30,51 a -19,49). A correlação entre os escores antes e depois foi forte e estatisticamente significativa ($r = 0,866$; $p = 0,026$).

Tabela 7 - Resultado teste t para escores do domínio Psicológico (GI, n = 6)

continua

Medida	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Diferença (Depois – Antes)
Média	42,37	67,37	-25,00
Desvio Padrão	8,10	10,35	5,25
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-30,51; -19,49]

Tabela 7 - Resultado teste t para escores do domínio Psicológico (GI, n = 6)

conclusão

Medida	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Diferença (Depois – Antes)
Valor de p (bilateral)	–	–	0,000
t (gl=5)	–	–	–11,666
Correlação (r)	–	–	0,866 (p = 0,026)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Os resultados obtidos indicam que a intervenção aplicada promoveu uma melhoria estatisticamente significativa no domínio psicológico da qualidade de vida dos participantes. Tal melhoria reflete avanços no bem-estar emocional, na percepção da autoimagem e no funcionamento cognitivo, aspectos fundamentais para a saúde mental. Dessa forma, o programa demonstrou-se eficaz na promoção do equilíbrio psicológico, evidenciando seu potencial como estratégia válida para o aprimoramento dos aspectos psicológicos da qualidade de vida no grupo avaliado.

Os resultados do teste t para amostras emparelhadas do GC apresentadas Tabela 8, indicaram ausência de diferença estatisticamente significativa entre os escores de qualidade de vida no domínio psicológico antes (M = 56,95; DP = 14,83) e depois (M = 59,03; DP = 13,03) do período de acompanhamento, $t(5) = -1,161$, $p = 0,298$. A diferença média entre os dois momentos foi de –2,08 pontos (DP = 4,40), com um intervalo de confiança de 95% entre –6,70 e 2,53. Apesar da elevada correlação positiva entre os escores da avaliação inicial e final ($r = 0,958$; $p = 0,003$), que sugere consistência nas respostas dos participantes, a ausência de significância estatística na comparação das médias reforça que não houve mudanças relevantes no domínio psicológico ao longo do tempo no grupo que não recebeu intervenção.

Tabela 8 - Resultado teste t para escores do domínio Psicológico (GC, n = 6)

continua

Medida	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Diferença (Depois – Antes)
Média	56,95	59,03	-2,08
Desvio Padrão	14,83	13,03	4,40

Tabela 8 - Resultado teste t para escores do domínio Psicológico (GC, n = 6)

Medida	conclusão		Diferença (Depois – Antes)
	Avaliação Inicial	Avaliação Final	
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-6,70; 2,53]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,298
t (gl=5)	–	–	-1,161
Correlação(r)	–	–	0,958 (p= 0,003)

Fonte: Elaborado pela própria autora

A estabilidade observada nos escores entre os dois momentos de avaliação sugere que fatores externos ou contextuais não exerceram influência substancial sobre a percepção de bem-estar psicológico dos participantes. Os resultados sugerem que, no grupo que não foi submetido a qualquer intervenção, as percepções relacionadas ao bem-estar emocional, autoestima e funcionamento cognitivo permaneceram estáveis, reforçando a estabilidade temporal desse domínio na ausência de estímulos externos. Isso evidencia a importância de estratégias estruturadas de intervenção quando se busca promover alterações positivas nesse domínio, uma vez que, na ausência delas, os níveis de qualidade de vida tendem a permanecer constantes.

5.2.4 Domínio Relações Sociais

A análise estatística realizada por meio do teste t para o GI apresentada na Tabela 9, para amostras emparelhadas, indicou uma diferença significativa entre os escores obtidos no período de pré e pós intervenção no domínio de relações sociais, com aumento da média de 48,60 (DP = 16,18) para 59,73 (DP = 21,99). A diferença média foi de –11,33 pontos (DP = 8,60), com intervalo de confiança de 95% entre –20,16 e –2,10. O resultado do teste foi estatisticamente significativo ($t(5) = -3,169$; $p = 0,025$), demonstrando melhora substancial na percepção de apoio social, relações interpessoais e satisfação com o convívio social após a intervenção. Além disso, foi observada uma forte correlação positiva entre os escores pré e pós-intervenção ($r =$

0,943; $p = 0,005$), indicando elevada consistência das respostas dos participantes nesse domínio.

Tabela 9 - Resultado teste t para escores do domínio Relações Sociais (GI, $n = 6$)

Medida	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Diferença (Depois – Antes)
Média	48,63	59,72	-11,33
Desvio Padrão	16,18	21,99	8,60
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-20,16 ; -2,10]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,025
t (gl=5)	–	–	-3,169
Correlação (r)	–	–	0,943 ($p=0,005$)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Esses resultados indicam que a intervenção teve um impacto positivo e significativo no domínio de relações sociais dos participantes, evidenciando uma mudança na forma como esses indivíduos percebem e experimentam suas interações sociais. Isso sugere melhora na percepção de apoio emocional, vínculos interpessoais e satisfação com o convívio social após a intervenção. A força da correlação entre os momentos também evidencia a consistência das respostas e o efeito da ação realizada.

Para o GC, os resultados apresentados na Tabela 10, do teste t para amostras emparelhadas, indicaram ausência de diferença estatisticamente significativa entre os escores do domínio Relações Sociais antes e depois do período analisado no grupo controle ($t(5) = -0,893$; $p = 0,413$). Embora a média dos escores tenha aumentado numericamente de 68,05 para 72,23, essa variação não foi estatisticamente significativa, indicando que não houve mudança relevante nas percepções de apoio social e qualidade das interações interpessoais nesse grupo. A correlação entre os escores da avaliação inicial e final foi alta e significativa ($r = 0,881$; $p = 0,021$), sugerindo uma forte estabilidade nas respostas dos participantes ao longo do tempo. Sendo assim, a significância estatística dessa correlação reforça a confiança nos resultados.

Tabela 10 - Resultado teste t para escores do domínio Relações Sociais (GC, n = 6)

Medida	Controle Inicial	Controle Final	Diferença (Depois – Antes)
Média	68,05	72,23	-4,18
Desvio Padrão	16,15	22,77	11,46
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-16,22; 7,85]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,413
t (gl=5)	–	–	-0,893
Correlação(r)	–	–	0,881 (p= 0,021)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Tal resultado reforça a consistência da medida e evidencia que, na ausência de intervenção, as percepções dos participantes sobre suas relações sociais tendem a permanecer estáveis.

5.2.5 Domínio Meio Ambiente

Os resultados do teste t para o GI apresentados na Tabela 11, para amostras emparelhadas, indicam que não houve diferença estatisticamente significativa nos escores do domínio Meio Ambiente entre os momentos pré e pós-intervenção ($t(5) = -1,756$; $p = 0,139$). A média dos escores apresentou leve aumento, passando de 49,48 (DP = 17,71) antes da intervenção para 52,08 (DP = 15,13) após a intervenção, com uma diferença média de -2,60 (DP = 3,63; IC 95% = -6,41 a 1,21). A correlação entre os escores pré e pós-intervenção é extremamente alta estatisticamente significativa ($r = 0,988$; $p < 0,000$), indicando que as duas medições estão muito fortemente relacionadas.

O valor de p associado a essa correlação é 0,000, o que indica que a correlação é altamente significativa. Ou seja, as duas medições (antes e depois da intervenção) têm um padrão semelhante, mas isso não implica necessariamente que houve um efeito significativo da intervenção. A correlação entre os escores pré e pós-intervenção foi muito alta e estatisticamente significativa ($r = 0,988$; $p < 0,001$), indicando consistência nas respostas dos participantes.

Tabela 11 - Resultado teste t para escores do domínio Meio Ambiente (GI, n = 6)

Medida	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Diferença (Depois – Antes)
Média	49,98	52,08	-2,60
Desvio Padrão	17,71	15,13	3,63
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-6,41; 1,21]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,139
t (gl=5)	–	–	-1,756
Correlação (r)	–	–	0,988 (p=0,000)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na percepção do domínio Meio Ambiente entre os períodos pré e pós-intervenção, indicando que essa dimensão não foi significativamente impactada pela intervenção no grupo avaliado. Entretanto, a elevada correlação entre os escores sugere estabilidade e consistência nas respostas dos participantes ao longo do tempo.

Os resultados do teste t, conforme Tabela 12, para amostras emparelhadas, indicaram que não houve diferença estatisticamente significativa nos escores do domínio Meio Ambiente entre os momentos da avaliação inicial e final do GC ($t(5) = -0,239$; $p = 0,820$). A média dos escores variou discretamente de 52,12 (DP = 11,48) antes para 53,15 (DP = 15,56) após o período observado, representando uma diferença média de -1,03 pontos (DP = 10,58; IC 95% = -12,13 a 10,07), sem significância estatística. A correlação entre os escores antes e depois foi considerada alta ($r = 0,733$), porém não atingiu significância estatística ($p = 0,097$), o que indica uma tendência à estabilidade nas percepções dos participantes sobre esse domínio, ainda que com certa variabilidade individual.

Tabela 12 - Resultado do teste t para escores do domínio Meio Ambiente (GC, n = 6)

(continua)

Medida	Controle Inicial	Controle Final	Diferença (Depois – Antes)
Média	52,12	53,15	-1,03

Tabela 12 - Resultado do teste t para escores do domínio Meio Ambiente (GC, n = 6)

(conclusão)

Medida	Controle Inicial	Controle Final	Diferença (Depois – Antes)
Desvio Padrão	11,48	15,56	10,58
Intervalo de confiança (95%)	–	–	[-12,13; 10,07]
Valor de p (bilateral)	–	–	0,820
t (gl=5)	–	–	-0,239
Correlação(r)	–	–	0,733 (p= 0,097)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Esses achados sugerem que, na ausência de intervenções sistematizadas, as percepções relacionadas, incluindo segurança, condições de moradia, acesso a recursos e infraestrutura física mantiveram-se praticamente inalteradas ao longo do tempo. O resultado reforça a consistência da medida e contribui para a compreensão da estabilidade do domínio ambiental em contextos onde não há estímulos externos direcionados a essa dimensão da qualidade de vida.

5.2.6 Análise GLOBAL dos escores médios da qualidade de vida por domínio

Com o objetivo de apresentar de forma sistematizada os efeitos da intervenção sobre os diferentes domínios da qualidade de vida, a Tabela 13 sintetiza os resultados estatísticos obtidos nos grupos intervenção e controle. São exibidos os escores médios antes e após o período de acompanhamento, bem como os valores referentes à diferença média, desvio padrão, intervalo de confiança (IC 95%), significância estatística (valor de p) e coeficientes de correlação (r).

Tabela 13 - Comparação dos escores médios nos domínios da QV (WHOQOL-bref) entre o GI (pré e pós-intervenção) e GC (avaliação inicial e final)

Indicadores	Domínio QV Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
GRUPO INTERVENÇÃO					
Média (Antes)	47,92	48,82	42,37	48,63	49,48
Média (Depois)	62,50	58,93	67,37	59,72	52,08
Diferença Média (Depois – Antes)	-14,58	-10,12	-25,00	-11,13	-2,60
DP da Diferença	12,29	6,17	5,25	8,60	3,63
t (gl = 5)	-2,91	-4,02	-11,666	-3,169	-1,756
p (bilateral)	0,034	0,010	0,000	0,025	0,139
IC 95% da Diferença	[-27; -1,69]	[-16,59; -3,64]	[-30,51; -19,49]	[-20,16; -2,10]	[-6,41; 1,21]
Correlação (r)	-0,372	0,971	0,866	0,943	0,988
p da Correlação	0,468	0,001	0,026	0,005	0
GRUPO CONTROLE					
Média (Antes)	66,67	63,07	56,95	68,05	52,12
Média (Depois)	64,58	60,12	59,03	72,23	53,15
Diferença Média (Antes – Depois)	2,08	2,95	-2,08	-4,18	-1,03
Desvio Padrão da Diferença	18,40	15,06	4,40	11,47	10,58
t (gl = 5)	0,277	0,480	-1,161	-0,893	-0,239
p (bilateral)	0,793	0,652	0,298	0,413	0,82
IC 95% da Diferença	[-17,23; 21,39]	[-12,85; 18,75]	[-6,70; 2,53]	[-16,22; 7,85]	[-12,14; 10,07]
Correlação (r)	0,525	0,608	0,958	0,881	0,733
p da Correlação	0,285	0,200	0,003	0,021	0,097

Fonte: Elaborada pela própria autora

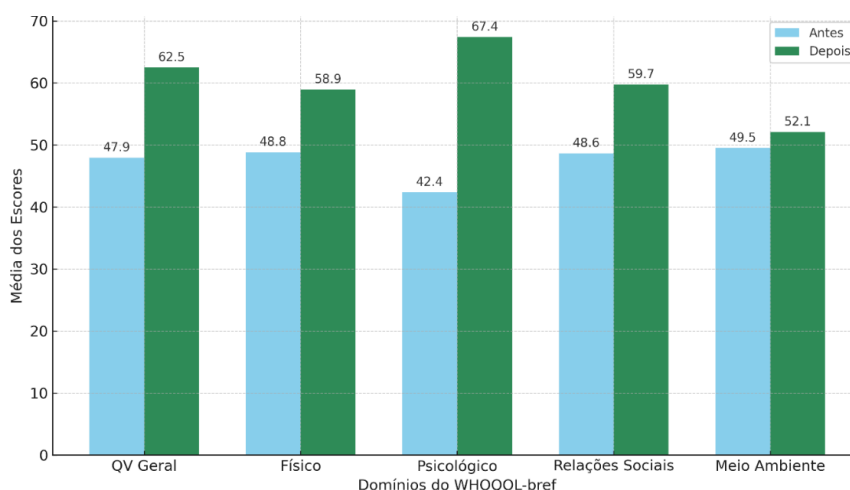
A estrutura comparativa apresentada permite avaliar de forma clara e objetiva as diferenças nos escores médios nos domínios da QV, conforme medido pelo WHOQOL-bref, entre o GI nas avaliações pré e pós-intervenção, e o GC nas avaliações inicial e final. Além disso, são destacadas as mudanças estatisticamente significativas no GI e a estabilidade dos escores no GC. Tal abordagem favorece uma análise integrada dos dados, subsidiando a interpretação da efetividade da

intervenção na percepção da qualidade de vida dos participantes, com base nos critérios definidos pelo instrumento WHOQOL-bref.

As médias e os desvios padrão correspondem aos escores dos domínios do WHOQOL-bref obtidos nos momentos pré e pós-intervenção para o GI e para a avaliação inicial e final para o GC. A Diferença média representa a variação entre os momentos antes e depois para cada grupo. O IC 95% refere-se ao intervalo de confiança de 95% da diferença. O coeficiente de correlação (r) indica a associação entre os escores pré e pós-intervenção e avaliação inicial e final, e o valor de p refere-se à significância estatística do teste t pareado. Resultados com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Com o objetivo de facilitar a compreensão dos efeitos da intervenção nos diferentes domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-bref no GI, apresenta-se a seguir um gráfico, conforme Figura 1, comparando as médias obtidas nos momentos pré e pós-intervenção. Essa representação gráfica visa oferecer uma visualização clara das variações nos escores médios, permitindo identificar, de forma direta, quais dimensões apresentaram maior sensibilidade às estratégias implementadas.

Figura 1- Comparação dos domínios do WHOQOL-bref pré e pós-intervenção (GI – $n = 6$)

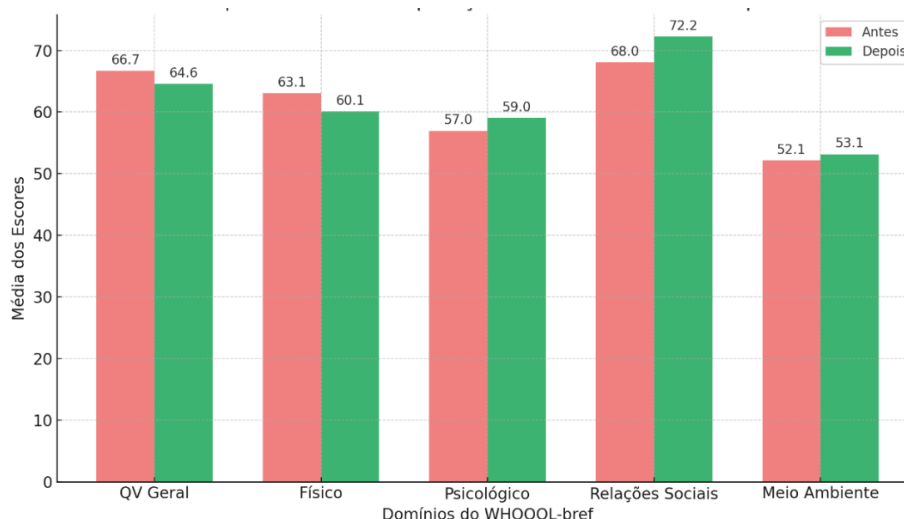


Fonte: Elaborado pela própria autora

A seguir, a Figura 2 apresenta a comparação gráfica das médias dos escores obtidos nos diferentes domínios do WHOQOL-bref, avaliação inicial e final do GC. A representação permite observar que, na ausência de intervenção, os escores mantiveram-se relativamente constantes entre os dois momentos avaliativos,

reforçando a consistência das medidas e a ausência de mudanças significativas neste grupo. A comparação entre os escores médios fornece subsídios visuais para a interpretação dos resultados estatísticos e contribui para a compreensão global da efetividade da intervenção junto ao grupo avaliado.

Figura 2 - Comparação dos domínios do WHOQOL-bref pré e pós-avaliação (GC – n = 6)



Fonte: Elaborado pela própria autora

As análises estatísticas correspondentes a cada domínio são apresentadas nas seções anteriores, acompanhadas das respectivas interpretações.

5.3 ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE – 10 (EPS-10)

A seguir, são apresentados os resultados obtidos por meio da aplicação da EPS-10. A análise foi realizada de forma segmentada, considerando os dois grupos que compuseram a amostra da pesquisa, sendo GI e GC. A apresentação dos dados segue a lógica de comparação entre os escores obtidos pré e pós-intervenção e avaliação inicial e final, permitindo observar possíveis variações no nível de estresse percebido atribuíveis à intervenção proposta.

Na amostra analisada do GI com amostragem de n=6, apresentada na Tabela 14, observou-se que todos os participantes apresentaram redução ou manutenção nos níveis de estresse percebido após a intervenção, conforme mensurado pela EPS-

10. Quatro dos seis participantes demonstraram diminuição dos escores totais, o que indica melhora na percepção subjetiva de estresse.

Tabela 14 - Escores de estresse percebido dos participantes pré e pós intervenção (GI, n = 6)

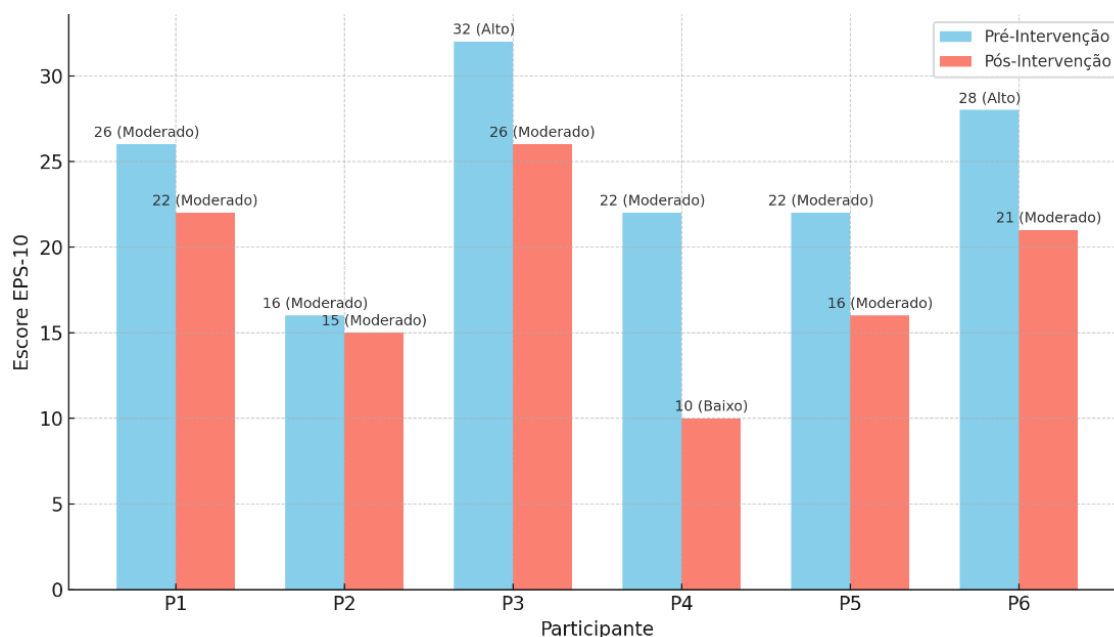
Participante	Escore Pré-Intervenção	Nível Estresse Percebido	Escore Pós-Intervenção	Nível Estresse Percebido	Variação
Participante 1	26	Moderado	22	Moderado	-4 (↓ dentro do mesmo nível)
Participante 2	16	Moderado	15	Moderado	-1 (↓ dentro do mesmo nível)
Participante 3	32	Alto	26	Moderado	-6 (↓ mudança de nível: Alto → Moderado)
Participante 4	22	Moderado	10	Baixo	-12 (↓ mudança de nível: Moderado → Baixo)
Participante 5	22	Moderado	16	Moderado	-6 (↓ dentro do mesmo nível)
Participante 6	28	Alto	21	Moderado	-7 (↓ mudança de nível: Alto → Moderado)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Os participantes 3 e 6, que inicialmente se encontravam na categoria de estresse alto e, após a intervenção, foram reclassificados como apresentando estresse moderado, caracterizando uma mudança clínica relevante. O participante 4 apresentou a melhora mais expressiva, migrando do nível moderado para o nível baixo de estresse. Os participantes 1, 2 e 5 mantiveram-se na categoria de estresse moderado, embora tenham registrado redução nos escores, com exceção do participante 2, cuja diferença foi discreta (16 para 15 pontos).

O gráfico de barras apresentado na Figura 3 ilustra, de forma clara e sistemática, a evolução dos níveis de estresse do grupo intervenção (GI) ao longo do período analisado. Observa-se uma tendência consistente de redução dos escores de estresse após a intervenção, uma vez que todos os participantes apresentaram valores pós-intervenção inferiores aos escores registrados no momento basal. Esse padrão homogêneo de diminuição do estresse sugere que a intervenção aplicada exerceu um efeito positivo e relevante na modulação do estresse percebido, reforçando sua efetividade enquanto estratégia de redução do estresse no grupo estudado.

Figura 3 - Comparação dos escores EPS-10 (GI, n=6)



Fonte: Elaborado pela própria autora

Com base nos dados apresentados na Tabela 15, observou-se que os participantes do GC apresentaram, de forma geral, estabilidade nos escores de estresse percebido ao longo do período avaliado, com poucas alterações significativas de classificação. A maioria dos participantes manteve-se no mesmo nível de estresse entre avaliação inicial e final, sendo classificados majoritariamente na categoria de estresse moderado (Participantes 1, 4 e 6).

Tabela 15 - Escores de estresse percebido participantes pré e pós avaliação (GC, n = 6)

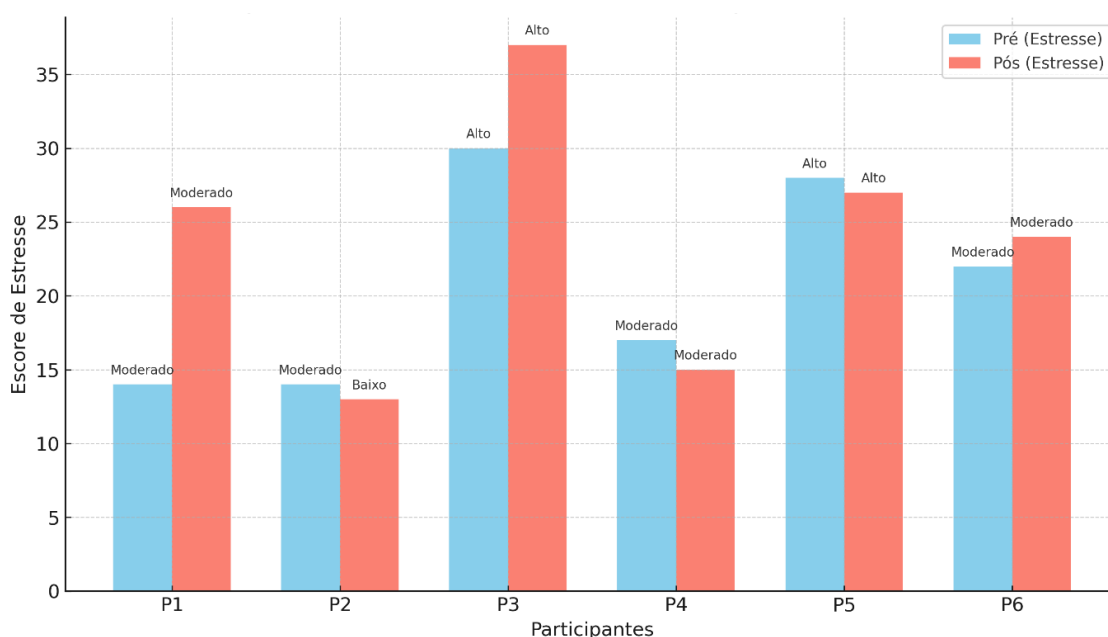
Participante	Escore Avaliação Inicial	Nível Estresse Percebido Inicial	Escore Avaliação Final	Nível Estresse Percebido Final	Varição
Participante 1	14	Moderado	26	Moderado	+12 (↑ dentro do mesmo nível)
Participante 2	14	Moderado	13	Baixo	-1 ponto (↓ de nível)
Participante 3	30	Alto	37	Alto	+7 (↑ dentro do mesmo nível)
Participante 4	17	Moderado	15	Moderado	-2 (↓ leve)
Participante 5	28	Alto	27	Alto	-1 (↓ leve)
Participante 6	22	Moderado	24	Moderado	+2 (↑ leve)

Fonte: Elaborado pela própria autora

A exceção mais evidente foi o Participante 2, que apresentou uma leve redução no escore, migrando do nível moderado (escore = 14) para o nível baixo (escore = 13). Por outro lado, o Participante 1, embora tenha se mantido dentro da mesma categoria (moderado), teve aumento expressivo no escore (de 14 para 26), indicando uma tendência ao agravamento da percepção de estresse, ainda que sem mudança categórica. Já os Participantes 3 e 5 permaneceram no nível de estresse alto, com discreto aumento e redução nos escores, respectivamente.

Os dados sugerem que, na ausência de intervenção, o nível de estresse percebido tende a manter-se estável ou a se intensificar levemente em alguns casos. Isso corrobora achados da literatura que apontam para a necessidade de ações preventivas e intervenções sistemáticas para o manejo do estresse, especialmente em contextos de sobrecarga emocional como o cuidado informal.

Figura 4 - Comparação dos escores EPS-10 (GC, n=6)



Fonte: Elaborado pela própria autora

O gráfico apresentado na Figura 4 apresenta a comparação entre os escores da EPS-10 obtidos pelos participantes do GC nos momentos de avaliação inicial e final. Observa-se que, ao contrário do grupo intervenção, os escores de estresse percebido permaneceram relativamente estáveis ou aumentaram ao longo do tempo, mesmo sem a aplicação de qualquer intervenção. Essa estabilidade ou agravamento

dos níveis de estresse pode estar relacionada à manutenção das condições de sobrecarga emocional e ausência de estratégias de enfrentamento adicionais durante o período analisado. Os resultados encontrados reforçam a relevância da aplicação de estratégias de intervenção psicoeducacionais ou integrativas para auxiliar na regulação emocional e na redução do estresse percebido por cuidadores, especialmente considerando os riscos psicossociais associados a essa função.

5.4 ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Nessa sessão, serão apresentados os dados obtidos por meio da aplicação da BAI aos participantes dos grupos intervenção e controle. A análise dos resultados foi realizada de forma segmentada, contemplando os escores obtidos nas etapas pré e pós-intervenção para o GI e na avaliação inicial e final para o GC. Esses dados possibilitam a comparação longitudinal dos níveis de ansiedade entre os grupos, permitindo identificar possíveis alterações decorrentes nos níveis de ansiedade.

A Tabela 16 apresenta a análise dos escores individuais para o GI, na qual se observa uma melhora consistente nos níveis de ansiedade entre os participantes. Todos os seis indivíduos avaliados apresentaram redução nos escores pós-intervenção em comparação com os valores obtidos previamente. Essa melhora foi acompanhada de mudanças nas classificações clínicas atribuídas conforme a pontuação total, onde três participantes inicialmente classificados com ansiedade grave passaram à categoria moderada, enquanto os demais migraram da classificação moderada para leve.

Tabela 16 – Classificação de Ansiedade Pré e Pós-Intervenção (GI, n=6)

(continua)

Participante	Escore Pré-Intervenção	Nível de Ansiedade Pré-intervenção	Escore Pós-Intervenção	Nível de Ansiedade Pós-Intervenção	Diferença (Pré – Pós Intervenção)
Participante 1	22	Moderada	12	Leve	-10 (↓ Moderada → Leve)
Participante 2	19	Moderada	11	Leve	-8 (↓ Moderada → Leve)

Tabela 16 – Classificação de Ansiedade Pré e Pós-Intervenção (GI, n=6)

(conclusão)

Participante	Escore Pré-Intervenção	Nível de Ansiedade Pré-intervenção	Escore Pós-Intervenção	Nível de Ansiedade Pós-Intervenção	Diferença (Pré – Pós Intervenção)
Participante 3	35	Grave	24	Moderada	-11 (↓ Grave → Moderada)
Participante 4	24	Moderada	12	Leve	-12 (↓ Moderada → Leve)
Participante 5	36	Grave	25	Moderada	-11 (↓ Grave → Moderada)
Participante 6	27	Grave	21	Moderada	-6 (↓ Grave → Moderada)

Fonte: Elaborado pela própria autora

Os dados de BAI do GI, apresentados na Tabela 17, indicam uma redução consistente dos escores de ansiedade após a intervenção. A média dos escores caiu de 27,17 (DP = 6,69) no momento pré-intervenção para 17,00 (DP = 5,67) no momento pós-intervenção, resultando em uma diferença média de -10,17 pontos. Além da redução quantitativa dos escores, observou-se reclassificação positiva no nível de ansiedade em todos os participantes. Três (3) indivíduos migraram do nível Grave para Moderada, enquanto outros três (3) passaram de Moderada para Leve. Não houve casos de agravamento ou manutenção da gravidade original.

Tabela 17 - Análise descritiva dos escores de BAI (GI, n=6)

Estatística	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção
Média	27,17	17,00
Desvio Padrão	6,69	5,67
Diferença Média	-10,17 pontos	

Fonte: Elaborado pela própria autora

A análise dos resultados da pesquisa mostrou que todos os membros do GI apresentaram uma redução no nível de ansiedade após a intervenção, sendo classificados em categorias inferiores de ansiedade. Esse resultado indica que a intervenção teve um impacto positivo na percepção de ansiedade, promovendo uma

melhoria no bem-estar dos participantes. Três (3) participantes que inicialmente estavam no nível Grave migraram para o nível Moderada, enquanto os demais passaram do nível Moderada para a Leve, evidenciando um padrão consistente de melhora subjetiva no enfrentamento da ansiedade. Os resultados apresentados reforçam a efetividade potencial da intervenção na redução dos sintomas de ansiedade, mesmo que neste pequeno grupo amostral ($n = 6$).

Os dados do CG, apresentados na Tabela 18, revelou alterações heterogêneas nos níveis de ansiedade entre a avaliação inicial e final. Dentre os seis (6) participantes, observou-se que quatro (4) mantiveram-se no mesmo nível de ansiedade, com variações mínimas nos escores ($\leq +1$ ponto), caracterizando estabilidade clínica. Um (1) participante (Participante 5) apresentou redução significativa no escore da escala, com alteração do nível Grave para Moderada, indicando melhora clínica relevante. Por outro lado, um (1) participante (Participante 1) apresentou aumento acentuado na pontuação, passando do nível Leve para Grave, o que representa uma piora substancial no quadro de ansiedade.

Tabela 18 - Classificação de Ansiedade Pré e Pós avaliação (GC, $n=6$)

Participante	Avaliação Inicial	Nível de Ansiedade Inicial	Avaliação Final	Nível de Ansiedade Final	Diferença (Inicial – Final) + Alteração de Nível
Participante 1	11	Leve	30	Grave	+19 (↑ Leve → Grave)
Participante 2	2	Mínima	3	Mínima	+1 (↑ dentro do mesmo nível)
Participante 3	19	Moderada	20	Moderada	+1 (↑ dentro do mesmo nível)
Participante 4	3	Mínima	4	Mínima	+1 (↑ dentro do mesmo nível)
Participante 5	39	Grave	18	Moderada	-21 (↓ Grave → Moderada)
Participante 6	5	Mínima	5	Mínima	0 (Sem alteração)

Fonte: Elaborado pela própria autora

De forma geral, os dados indicam que a maioria dos participantes do GC manteve seus níveis de ansiedade relativamente estáveis ao longo do período de 12

semanas. Essa constância sugere que, durante o acompanhamento, não houve variações significativas nos níveis de ansiedade dos participantes do GC, contudo, os casos pontuais de melhora e agravamento sugerem a influência de fatores externos ou individuais não controlados, que podem ter impactado os resultados. Tais resultados reforçam a importância do acompanhamento contínuo e da análise qualitativa complementar para melhor compreensão das trajetórias individuais.

A análise estatística descritiva das pontuações de ansiedade do GC apresentadas na Tabela 19, revelou uma média de 13,17 pontos na avaliação inicial e 13,33 pontos na avaliação final. A diferença média observada foi de apenas +0,16 pontos, valor que não representa uma variação clinicamente significativa. Em relação à dispersão dos dados, o desvio padrão reduziu de 13,69 (avaliação inicial) para 10,69 (avaliação final), indicando uma leve diminuição na variabilidade dos escores entre os participantes ao longo do período avaliado. Essa redução sugere uma tendência à homogeneidade na expressão dos sintomas de ansiedade dentro do grupo, embora sem mudanças relevantes no nível médio de ansiedade.

Tabela 19 - Análise descritiva dos escores de BAI (GC, n=6)

Estatística	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Média	13,17	13,33
Desvio Padrão	13,69	10,69
Diferença Média	+0,16 pontos	—

Fonte: Elaborado pela própria autora

A tabela apresentada oferece uma visão geral detalhada das variáveis analisadas, fornecendo uma base sólida para a compreensão do comportamento dos dados ao longo do período de avaliação. A partir dessa tabela, é possível identificar padrões, tendências e possíveis relações entre as variáveis, o que nos permite realizar uma análise mais aprofundada e tirar conclusões significativas.

5.5 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS GRUPO INTERVENÇÃO

Com o objetivo de compreender de forma aprofundada a experiência dos participantes em relação à intervenção proposta, foi realizada uma entrevista semiestruturada com os integrantes do GI ao término do processo. Essa abordagem qualitativa permitiu acessar percepções subjetivas, sentimentos, dificuldades e possíveis impactos da intervenção na vida cotidiana dos participantes, complementando os dados quantitativos obtidos por meio da BAI.

Nesta seção, são apresentados e discutidos os principais temas emergentes a partir da análise das falas dos participantes, os quais sintetizam os significados, percepções e interpretações atribuídos à experiência vivenciada. Cada tema é ilustrado por fragmentos dos relatos dos participantes, selecionados de modo a exemplificar os sentidos predominantes e conferir maior densidade empírica à análise. A utilização desses trechos visa não apenas sustentar analiticamente as categorias identificadas, mas também preservar a voz dos participantes, favorecendo a compreensão aprofundada dos fenômenos investigados.

As categorias emergentes foram agrupadas em eixos temáticos, a saber: (1) Acolhimento e pertencimento; (2) Desenvolvimento do autocuidado; (3) Percepções emocionais positivas; (4) Relações familiares e sociais; (5) Transformações cognitivas e reflexivas; (6) Facilidade de integrações das práticas integrativas aplicadas no projeto; (7) Contribuições para saúde física e bem estar; (8) Reforço da identidade pessoal; (9) Valorização da troca no coletivo e (10) Avaliação afetiva do projeto.

A análise das entrevistas semiestruturadas conduzidas com os participantes do grupo intervenção (GI) possibilitou a identificação de um conjunto estruturado de categorias temáticas, as quais expressam as percepções, vivências e significados subjetivos atribuídos pelos participantes às experiências vivenciadas ao longo do desenvolvimento do projeto “Acolher – Apoio às Famílias Neurodiversas”. Para o tratamento e interpretação dos dados qualitativos, adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática, conforme sistematizada por Bardin (2011), a qual permite a organização, categorização e inferência de sentidos a partir do material empírico. Esse procedimento considerou critérios como a frequência de ocorrência, a relevância semântica e a intensidade dos significados expressos nos discursos, assegurando rigor metodológico e consistência analítica.

A partir desse processo, emergiram categorias temáticas representativas das experiências compartilhadas pelos participantes, as quais são apresentadas e discutidas a seguir.

Tabela 20 - Análise de Conteúdo das Entrevistas (GI, n=6)

(continua)

Categoria	Subcategorias	Exemplos de Falas
1. Acolhimento e pertencimento	Sentimento de aceitação e valorização pessoal	“Me senti acolhida em cada encontro.” (Participante 1)
	Ambiente sem julgamento, respeito à diversidade	“Fui ouvido sem julgamento e me deram voz.” (Participante 2)
	Criação de vínculo com grupo e profissionais	“Parece que já conhecia todo mundo há muito tempo.” (Participante 5)
2. Desenvolvimento do autocuidado	Valorização de si e das próprias necessidades	“Aprendi a me acolher e me aceitar.” (Participante 1)
	Inclusão de práticas no cotidiano doméstico	“Mesmo no banho posso ter um momento de cuidado.” (Participante 1)
3. Percepções emocionais positivas	Redução da ansiedade e estresse	“Minha ansiedade até diminuiu um pouco.” (Participante 3)
	Melhora da autoestima e esperança	“Me senti mais viva e consciente de como devo ser.” (Participante 1)
	Disposição e leveza emocional	“Me senti feliz, saí mais disposta de cada encontro.” (Participante 5)
4. Relações familiares e sociais	Melhora no diálogo e vínculo familiar	“Conversamos mais, temos mais momentos de brincadeira.” (Participante 1)
	Maior paciência com os filhos	“Estou mais calma com meu filho.” (Participante 3)
5. Transformações cognitivas e reflexivas	Aceitação dos limites, resignificação de dificuldades	“Percebi que não posso ter o controle de tudo.” (Participante 1)
	Reconhecimento de capacidades pessoais	“Comecei a me ver de um jeito diferente.” (Participante 4)
	Superação de autocrítica	“O projeto me mostrou que sou capaz.” (Participante 6)
6. Facilidade de integração das práticas integrativas aplicadas no projeto	Simplicidade e aplicabilidade das técnicas	“As práticas foram fáceis, dava pra fazer até cuidando do filho.” (Participante 3)
	Práticas adaptadas à realidade familiar e doméstica	“Fazemos até com os meninos, é um momento nosso.” (Participante 4)
7. Contribuições para saúde física e bem-estar	Melhora do sono, disposição, dores físicas	“A auriculoterapia me ajudou no sono e nas dores.” (Participante 5)
	Incorporação de hábitos saudáveis (como caminhada)	“Caminhar me deixa mais calmo.” (Participante 2)

Tabela 20 - Análise de Conteúdo das Entrevistas (GI, n=6)

(conclusão)

Categoria	Subcategorias	Exemplos de Falas
8. Reforço da identidade pessoal	Reconhecimento de valor pessoal e resgate da autoconfiança	“Eu pensava que era um fracasso, mas vi que sou capaz.” (Participante 6)
	Superação de estigmas (ex: gênero, classe, fragilidade)	“Me senti acolhido até por ser homem trans.” (Participante 2)
9. Valorização da troca no coletivo	Empatia por histórias semelhantes	“Vi que todos têm dificuldades, não sou só eu.” (Participante 5)
	Sentimento de utilidade e inspiração mútua	“Me senti útil passando minha história para outro.” (Participante 6)
10. Avaliação afetiva do projeto	Gratidão e reconhecimento	“A frase seria: gratidão.” (Participante 1)
	Impacto duradouro e desejo de continuidade	“Cada encontro me fez muito bem, vou levar para a vida.” (Participante 5)

Fonte: Elaborado pela própria autora

A primeira categoria refere-se ao acolhimento e sentimento de pertencimento. Grande parte dos participantes relataram ter se sentido aceitos, escutados e respeitados no espaço do grupo, destacando a ausência de julgamentos e a presença de empatia e escuta ativa como elementos centrais. Tal ambiente favoreceu vínculos e fortaleceu o engajamento nas práticas. Como expressou um dos participantes: “Me senti acolhida em cada encontro, e sempre sai me sentindo feliz” (Participante 1).

Outro eixo central identificado foi o desenvolvimento do autocuidado, especialmente por meio de práticas simples e acessíveis ensinadas durante os encontros. Os participantes relataram que, mesmo com a rotina agitada, puderam incorporar pequenos momentos de cuidado pessoal, como a respiração consciente, alongamentos, caminhadas e atenção plena no banho ou nas atividades com os filhos. Esse aprendizado foi descrito como revelador: “Aprendi que o autocuidado começa com o básico” (Participante 2).

Também foi possível observar um aumento nas percepções emocionais positivas, com relatos de maior controle da ansiedade, melhora do sono, da disposição e da autoestima. As falas revelam um processo de resgate da autoconfiança e da esperança, mediado por um espaço de apoio coletivo. Nesse sentido, destaca-se o papel do grupo como fator terapêutico em si, promovendo transformações cognitivas, como a ressignificação de dificuldades e a aceitação de limites pessoais: “Aprendi que não preciso ter o controle de tudo” (Participante 1).

A melhora nas relações familiares também foi um ponto recorrente. Diversos participantes relataram maior paciência no cuidado com os filhos, melhora na comunicação e no vínculo afetivo. As práticas integrativas foram descritas como facilitadoras de momentos de convivência qualificada, fortalecendo os laços parentais. Outro tema emergente foi a valorização da coletividade e da troca de experiências. Os participantes reconheceram que o contato com outras histórias de vida semelhantes promoveu identificação e superação de sentimentos de solidão, ampliando a empatia e o suporte mútuo. Segundo uma das participantes: “Me senti útil passando minha história para outro” (Participante 6).

Por fim, os depoimentos revelam um elevado grau de satisfação com o projeto, expressando gratidão e reconhecimento pelos impactos positivos vivenciados, tanto no aspecto emocional quanto no físico e social. Termos como “gratidão”, “transformação”, “autoconfiança” e “esperança” foram frequentes na definição afetiva do projeto.

6 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Para garantir maior clareza e organização na discussão dos resultados, optou-se por seguir a mesma estrutura do capítulo anterior, abordando de forma segmentada os achados as seguintes categorias: perfil sociodemográfico, WHOQOL-bref, Escala de Percepção de Estresse (EPS-10), Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e entrevista semiestruturada.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A maioria da amostra deste estudo foi composta por mulheres, sendo um total de 75%. No livro *A família como espelho*, Sarti (2004) argumenta que a configuração familiar nas camadas populares não deve ser compreendida com base em modelos idealizados ou universalizantes de família, ao contrário, trata-se de uma construção social moldada por condições materiais adversas, na qual os laços de solidariedade e reciprocidade desempenham um papel central na manutenção da sobrevivência e na organização cotidiana desses grupos familiares.

Nesse contexto, a figura feminina, assume uma função estratégica no âmbito do cuidado cotidiano, sendo social e moralmente valorizada como elemento central na manutenção da coesão familiar, na proteção dos membros mais vulneráveis e na garantia da continuidade da vida familiar diante de adversidades estruturais. Os achados desta pesquisa convergem com essa perspectiva ao demonstrar que, mesmo em cenários marcados pela escassez de recursos e pela intensificação das responsabilidades familiares, são majoritariamente as mulheres que permanecem à frente da gestão do cuidado, seja de crianças, idosos ou pessoas em situação de adoecimento, muitas vezes em detrimento de sua própria saúde, bem-estar e autonomia. Esse panorama corrobora as análises de Sarti (2004), ao evidenciar que o cuidado é historicamente construído como um lugar socialmente atribuído à mulher, ao mesmo tempo em que constitui um espaço de reconhecimento simbólico e de construção da identidade moral feminina no interior das dinâmicas familiares populares.

A predominância feminina é comum em estudos que envolvem o cuidado de crianças com necessidades específicas, refletindo o papel socialmente atribuído às mulheres na esfera do cuidado familiar. Sendo assim, a divisão de responsabilidades no cuidado familiar, especialmente no contexto de crianças com deficiência, é um

tema que tem sido amplamente discutido na literatura, principalmente no que diz respeito à sobrecarga feminina no papel de cuidadora. Estudos apontam que as mulheres, assumem a maior parte das responsabilidades de cuidado, refletindo normas culturais e sociais que associam as mulheres ao cuidado dos filhos, em especial quando se trata de crianças com deficiência (Barros *et al.*, 2025; Moraes, 2020).

A sobrecarga de mães que cuidam de filhos com deficiência é um fenômeno complexo, que vai além do simples esforço físico e emocional de cuidar. Segundo Barros *et al.* (2017), a sobrecarga está relacionada ao impacto psicológico, à exaustão física e à diminuição da qualidade de vida dessas cuidadoras. A sobrecarga se reflete em redução de tempo para autocuidado, dificuldades para conciliar a vida familiar e profissional, além de uma maior vulnerabilidade ao estresse e à depressão. Essa realidade é também observada por Moraes (2020), que evidencia a forma como o cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais, principalmente por parte das mães, muitas vezes é marcado por um acúmulo de responsabilidades, levando à exaustão mental e emocional.

Os estudos também destacam o isolamento social que essas mulheres experimentam, uma vez que, elas se veem sobrecarregadas sem redes de apoio suficientes. Santos *et al.* (2023) relatam que, no caso de mães de crianças com microcefalia, o estigma social associado à condição da criança, combinado com a falta de suporte institucional, amplia a sobrecarga da cuidadora, agravando a diminuição da qualidade de vida. Esse cenário é semelhante ao encontrado em famílias de crianças com Síndrome de Down, conforme Barros *et al.* (2017), que identificaram altos níveis de sobrecarga em cuidadores que, além das tarefas diárias de cuidado, enfrentam o estigma social e as limitações impostas pela neurodivergência de seus filhos.

O impacto da sobrecarregada não se limita apenas ao âmbito físico e emocional, mas também abrange a vida social e profissional das cuidadoras, como revelado por Resende *et al.* (2023), que discutem como a sobrecarga de cuidadores de crianças com deficiência intelectual afeta sua capacidade de manter uma vida social ativa e de trabalhar fora de casa. O estudo revela que muitas cuidadoras se veem forçadas a reduzir sua jornada de trabalho ou até a desistir de suas carreiras para dedicar-se integralmente ao cuidado de seus filhos.

Portanto, é evidente que a sobrecarga das cuidadoras, particularmente das mulheres, é uma questão multifacetada que requer intervenções sociais, políticas e de saúde pública. A compreensão desse fenômeno, embasada nas evidências apresentadas, é essencial para a criação de estratégias mais eficazes de apoio e acolhimento, proporcionando uma qualidade de vida melhor tanto para as cuidadoras quanto para os indivíduos com deficiência. Esses dados apontam para uma necessidade urgente de políticas públicas que abordem a sobrecarga das mulheres no contexto familiar, especialmente para aquelas que cuidam de filhos com necessidades especiais. A promoção de redes de apoio adequadas e o incentivo a estruturas de suporte social e institucional são fundamentais para aliviar a carga dessas cuidadoras e promover o bem-estar tanto das mães quanto das crianças.

No que se refere à variável estado civil, os dados obtidos revelam a presença de distintas configurações familiares no contexto do cuidado de crianças neurodivergentes, o que pode repercutir diretamente na disponibilidade de suporte emocional e social oferecido ao cuidador. Especificamente, observou-se que 50% dos participantes declararam-se solteiros, o que pode ser contextualizado dentro do cenário mais amplo da sociedade brasileira conforme os dados do Censo 2022. O Censo aponta uma crescente mudança no perfil das famílias brasileiras, com um aumento significativo nas famílias monoparentais. Em 2022, 7,8 milhões de mulheres (13,5% das unidades domésticas) estavam cuidando de seus filhos sem a presença do cônjuge, enquanto a proporção de homens na mesma situação aumentou de 1,5% para 2,0% no mesmo período (IBGE, 2025).

Esse dado corrobora a observação de que, no Brasil, a estrutura familiar tem se diversificado ao longo das últimas décadas. De acordo com o Censo, a proporção de mulheres responsáveis por unidades familiares aumentou de 22,2% para 48,8% entre 2000 e 2022, evidenciando um significativo movimento de mudança cultural no papel da mulher na sociedade. A autonomia financeira, o aumento da escolaridade e a maior participação feminina no mercado de trabalho são fatores-chave que explicam esse movimento. Essa realidade reflete uma maior responsabilidade das mulheres não apenas em cuidar de seus filhos, mas também em ser as chefes de suas famílias, o que inclui, muitas vezes, a ausência do parceiro (IBGE, 2025).

No contexto desta pesquisa, os dados indicam que a solidão conjugal observada entre os participantes solteiros pode estar ligada a uma série de

transformações sociais que têm afetado o comportamento das famílias brasileiras. A falta de cônjuge pode ser vista como uma consequência dessa estrutura familiar em transformação, que também pode estar associada à dificuldade de acesso a redes de apoio e à sobrecarga emocional que muitos cuidadores de crianças neurodiversas enfrentam. Portanto, a prevalência de solteiros nesta pesquisa pode ser refletida pelas mudanças culturais e socioeconômicas observadas no Brasil, em que, apesar do aumento das famílias monoparentais, ainda existe uma parcela significativa da população que enfrenta desafios em termos de relações familiares e suporte conjugal.

O suporte familiar e conjugal configura-se como um fator determinante na experiência do cuidado informal, influenciando diretamente aspectos como saúde mental, sobrecarga subjetiva e qualidade de vida dos cuidadores. Evidências apontam que, na presença de apoio emocional e instrumental por parte da família e do parceiro conjugal, o processo de cuidado tende a ser conduzido de forma mais equilibrada e menos desgastante. Em contextos nos quais a dinâmica conjugal se caracteriza por relações harmoniosas, comunicação eficaz e compartilhamento de responsabilidades, observa-se uma integração mais fluida das tarefas de cuidado à rotina familiar, o que favorece a redução do sentimento de isolamento e da exaustão emocional por parte do cuidador. Por outro lado, na ausência ou fragilidade do suporte conjugal, verifica-se que, com frequência, a mulher assume isoladamente tanto os encargos práticos quanto o suporte emocional à pessoa cuidada, o que intensifica o estresse e compromete seu bem-estar global (Massoli; Alves; Esper, 2020).

Conforme evidenciado por Barbosa, Chaud e Gomes (2008), o papel da mãe assume centralidade no processo de cuidado, sendo frequentemente caracterizado pela sobrecarga, isolamento e renúncia de projetos pessoais e profissionais. A ausência de corresponsabilidade paterna, suporte familiar e social agrava o sentimento de solidão e o desgaste emocional dessas mulheres, que acabam assumindo, de forma quase exclusiva, todas as demandas relacionadas à reabilitação, aos cuidados cotidianos e ao enfrentamento das barreiras sociais.

No que tange à renda familiar mensal, observou-se que a maioria dos participantes (75%) declarou auferir até um salário mínimo, o que revela um contexto de acentuada vulnerabilidade socioeconômica. Apenas 16,67% dos participantes possuem uma renda entre 1 e 3 salários mínimos, e uma pequena parcela (8,33%) relata rendimentos entre 3 e 5 salários mínimos. Esses dados indicam que uma grande

parte das famílias cuidadoras de crianças com necessidades especiais enfrenta dificuldades econômicas significativas, o que reflete a realidade de muitas famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica no Brasil, que, além dos desafios diários de cuidado, enfrentam barreiras no acesso a serviços essenciais.

Sob a ótica da abordagem das capacidades proposta por Silva (2010), a renda familiar não é apenas um meio de sustento, mas um fator fundamental para garantir liberdades substantivas como o acesso à saúde, à educação e à participação social. Em contextos de baixos rendimentos, essas liberdades ficam severamente restritas, afetando diretamente a capacidade dos cuidadores de exercerem o cuidado de maneira digna e equilibrada. Figueiredo, Cardoso e Amorim (2022) corroboram esse ponto, apontando que mães de crianças com deficiência frequentemente enfrentam condições socioeconômicas desfavoráveis, o que não só dificulta o acesso a cuidados e tratamentos especializados, mas também intensifica a carga emocional e física do cuidado.

A sobrecarga emocional e psicológica dos cuidadores é uma consequência direta da insuficiência de recursos financeiros. Lopes (2020) destaca que a falta de apoio financeiro pode gerar estresse crônico, ansiedade e depressão, especialmente em contextos como o TEA. Esse quadro se agrava quando os cuidadores, muitas vezes as mães, assumem a responsabilidade quase exclusiva pelo cuidado da criança, o que, como apontado por Chaim *et al.* (2019), pode resultar em efeitos adversos significativos na saúde mental dos cuidadores.

Além disso, a falta de recursos financeiros pode limitar as oportunidades de tratamento especializado, o que impacta diretamente no desenvolvimento das crianças e na qualidade de vida das famílias. Miguel (2020) enfatiza como as condições socioeconômicas influenciam o acesso a serviços de saúde, observando que famílias com maiores recursos têm melhores oportunidades de acesso a terapias e tratamentos, o que não ocorre com muitas famílias em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, a sobrecarga familiar, conforme Misquiatti *et al.* (2015), não se limita apenas ao tempo dedicado ao cuidado, mas também abrange a responsabilidade financeira e a constante necessidade de tomar decisões sobre o tratamento e desenvolvimento das crianças, comprometendo ainda mais a saúde mental e a qualidade do cuidado oferecido.

Os dados da pesquisa se alinham com esses achados, evidenciando um vínculo claro entre a vulnerabilidade socioeconômica e a carga financeira significativa enfrentada pelas famílias. Como destacado por Resende *et al.* (2023), a sobrecarga familiar é particularmente intensa em famílias de crianças com deficiência intelectual, com custos elevados associados ao cuidado, o que eleva consideravelmente a pressão econômica sobre os cuidadores. Esse cenário é refletido nas dificuldades substanciais de acesso a cuidados adequados, que muitas famílias enfrentam, conforme revelado pelos dados da pesquisa.

No caso das famílias com crianças com TEA, o estudo de Brandão *et al.* (2023) também mostra que as famílias enfrentam não apenas dificuldades emocionais, mas também barreiras financeiras para acessar serviços especializados, o que agrava ainda mais a situação das famílias de baixo poder aquisitivo. Esses achados sublinham a necessidade urgente de políticas públicas inclusivas que considerem as especificidades socioeconômicas dessas famílias e promovam redes de apoio para garantir o acesso a cuidados de saúde, terapias e práticas integrativas, fundamentais para a melhoria da qualidade de vida.

A análise dos dados desta pesquisa, em conjunto com a literatura existente, também confirma que a vulnerabilidade socioeconômica é um fator crítico que agrava as dificuldades enfrentadas pelas famílias de crianças com necessidades especiais. A sobrecarga financeira e emocional descrita por autores como Otsuka *et al.* (2016) e Resende *et al.* (2023) é uma realidade vivida por muitas dessas famílias no Brasil. A falta de recursos financeiros compromete não apenas a saúde mental e emocional dos cuidadores, mas também o desenvolvimento das crianças, criando um ciclo de dificuldades que impacta profundamente a qualidade de vida dessas famílias.

Portanto, a implementação de políticas inclusivas é imprescindível para que as famílias possam oferecer o cuidado adequado às crianças com necessidades especiais, sem comprometer sua saúde financeira e emocional. Além disso, é fundamental garantir que as famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica tenham acesso a redes de apoio que ajudem a mitigar as dificuldades diárias, promovendo um ambiente mais equilibrado e saudável tanto para os cuidadores quanto para as crianças.

Os dados coletados nesta pesquisa revelam informações importantes sobre o diagnóstico das crianças neurodivergentes atendidas no NUPI, com 50% delas ainda

em processo de investigação diagnóstica, o que reflete a complexidade e a variabilidade das condições neuropsicológicas nessas crianças. Apenas 50% das crianças atendidas possuem um diagnóstico confirmado, sendo 25% diagnosticadas com TEA e 25% com TDAH. Esse panorama reflete a frequente sobreposição e os desafios inerentes à diferenciação de diagnósticos em condições como o TEA e o TDAH, que podem compartilhar características clínicas semelhantes, como dificuldades de concentração, impulsividade e comportamentos disruptivos (Martinez; Stoyanov; Carcache, 2024).

A falta de um diagnóstico confirmado pode gerar um impacto significativo tanto nas crianças quanto em seus cuidadores, aumentando a incerteza sobre o tratamento adequado e o suporte necessário. Conforme apontado por Okoye *et al.* (2023), o diagnóstico precoce do TEA é fundamental para a implementação de intervenções precoces, as quais são cruciais para o desenvolvimento da criança e para a minimização dos efeitos adversos na vida familiar. No entanto, como discutido por Rommele, Visser e Hartman (2018), a diferenciação entre TEA e TDAH nem sempre é clara e exige uma avaliação cuidadosa, uma vez que os sintomas podem se sobrepor, dificultando o estabelecimento de um diagnóstico definitivo.

O processo diagnóstico, especialmente em casos de investigação contínua, pode gerar um sofrimento emocional considerável nas famílias, que ficam sem orientação precisa sobre as necessidades de intervenção. De acordo com Faé *et al.* (2018), a falta de clareza no diagnóstico pode resultar em frustração, ansiedade e um impacto negativo na saúde mental dos cuidadores. Dessa forma, é essencial que os profissionais envolvidos na avaliação diagnóstica mantenham uma comunicação clara e forneçam suporte emocional adequado às famílias durante esse período de incerteza.

Além disso, a complexidade do diagnóstico diferencial entre o TEA e o TDAH, conforme ressaltado por Ogundele e Morton (2025), exige um acompanhamento contínuo e a utilização de ferramentas de diagnóstico mais refinadas para assegurar que a avaliação seja precisa. A diferenciação entre esses transtornos é fundamental, pois tratamentos e abordagens terapêuticas podem variar substancialmente, o que pode afetar diretamente o bem-estar das crianças e a eficácia das intervenções.

Portanto, os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de um acompanhamento diagnóstico contínuo e a implementação de políticas públicas que

garantam o acesso a serviços especializados, redução de barreiras burocráticas e suporte emocional adequado às famílias. Como argumentado por Morris-Rosendahl e Crocq (2020), um diagnóstico preciso e precoce, aliado a uma intervenção oportuna, é fundamental para promover o desenvolvimento saudável das crianças neurodivergentes e para reduzir o impacto emocional sobre os cuidadores. Políticas públicas voltadas para o fortalecimento da rede de suporte às famílias, além de programas de educação e conscientização, são indispensáveis para garantir que as crianças e suas famílias recebam o cuidado necessário de maneira eficaz e acessível.

6.2 WHOQOL-BREF – QUALIDADE DE VIDA

6.2.1 Domínio Qualidade de Vida Geral

No domínio Qualidade de Vida Geral, observou-se no grupo intervenção um incremento expressivo nos escores médios, que passaram de 47,92 no período pré-intervenção para 62,50 no pós-intervenção, correspondendo a uma diferença média de 14,58 pontos. A análise estatística revelou significância ($t(5) = -2,91$; $p = 0,034$), e o intervalo de confiança de 95% $[-27,00; -1,69]$ reforça a importância da diferença observada, uma vez que não inclui o valor nulo. Esses dados evidenciam um efeito positivo e estatisticamente significativo da intervenção sobre a percepção global de qualidade de vida dos participantes.

Tal achado adquire maior relevância ao ser comparado com os resultados do grupo controle, que apresentou uma leve redução na média do domínio em questão, de 66,67 para 64,58, com uma diferença média de 2,08 pontos e ausência de significância estatística ($p = 0,793$). O intervalo de confiança $[-17,23; 21,39]$ neste grupo é amplo e sugere elevada variabilidade, indicando ausência de efeito consistente em decorrência da não exposição à intervenção.

Os escores observados no domínio Qualidade de Vida Geral ($p = 0,034$) evidencia que a intervenção promoveu um impacto estatisticamente significativo relevante nessa dimensão. Esse resultado reforça a efetividade da estratégia adotada, posicionando-a como uma abordagem promissora para a promoção da saúde,

especialmente em populações que apresentam demandas por aprimoramento na percepção do bem-estar. Tais achados estão alinhados com a literatura científica. Skevington e Epton (2018), em revisão sistemática acompanhada de meta-análise, confirmaram a validade consistente do WHOQOL-BREF como instrumento sensível para mensurar o bem-estar subjetivo, demonstrando sua capacidade para detectar alterações significativas em contextos variados de intervenção. Dessa forma, o WHOQOL-BREF se mostra uma ferramenta robusta e confiável para a avaliação de desfechos relacionados à qualidade de vida em pesquisas clínicas e epidemiológicas.

Dessa maneira, os resultados obtidos corroboram a efetividade da estratégia adotada, indicando seu potencial enquanto intervenção replicável em contextos de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, com especial aplicabilidade em populações em situação de vulnerabilidade social ou com demandas não atendidas relacionadas à qualidade de vida percebida. Para além da significância estatística, a magnitude da mudança verificada no grupo intervenção sugere impacto clínico relevante, o que reforça a pertinência da incorporação de abordagens integradas no âmbito do cuidado em saúde comunitária.

6.2.2 Domínio Físico

No domínio Físico, os participantes do GI apresentaram um aumento significativo nos escores médios, passando de 48,82 no pré-intervenção para 58,93 na pós-intervenção, o que corresponde a uma diferença média de 10,12 pontos. A análise estatística confirmou a significância dessa variação ($t(5) = -4,02$; $p = 0,010$), com intervalo de confiança de 95% entre $[-16,59; -3,64]$, indicando que o efeito é estatisticamente e clinicamente relevante. Além disso, observou-se correlação forte e positiva ($r = 0,971$; $p = 0,001$) entre os escores antes e depois da intervenção, o que reforça a consistência dos resultados.

Os resultados refletem ganhos em aspectos como energia vital, mobilidade e percepção de dor. Os achados desta pesquisa indicam que a participação em intervenções psicossociais integradas, voltadas a cuidadores em contextos de vulnerabilidade, contribuiu para o fortalecimento da percepção de funcionalidade física e para a adoção de práticas de autocuidado. Esses efeitos positivos, ainda que

moderados, demonstram o potencial das ações interdisciplinares na promoção da saúde física em populações expostas a múltiplos fatores de risco social.

Tais resultados são consonantes com o estudo desenvolvido por Ribeiro *et al.* (2017), que avaliou a efetividade de programas de atividade física implementados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores observaram que intervenções que associam práticas corporais supervisionadas a componentes educativos foram eficazes na promoção do autocuidado, na elevação dos níveis de atividade física e na ampliação da autonomia funcional entre adultos em situação de vulnerabilidade. Ademais, essas estratégias favoreceram a construção de uma autopercepção positiva do corpo e de sua capacidade de ação, aspectos também observados entre os participantes deste estudo.

Nesse sentido, evidencia-se a importância de políticas públicas que articulem ações no campo da saúde, da educação e da assistência social, garantindo o acesso contínuo a práticas corporais e estratégias promotoras de saúde no território. A literatura aponta que a adesão e a continuidade dos cuidados estão diretamente relacionadas ao fortalecimento do vínculo com os serviços e à existência de redes de apoio coletivo (Ribeiro *et al.*, 2017). Assim, reafirma-se o papel fundamental da atenção primária como espaço privilegiado para o desenvolvimento de intervenções sustentadas e territorializadas, que considerem as especificidades dos grupos vulneráveis e atuem na redução das iniquidades em saúde.

Revisões sistemáticas como a de Guerra *et al.* (2021) destacam que ações educativas direcionadas à conscientização sobre práticas corporais e hábitos saudáveis contribuem para a adoção de estilos de vida mais ativos, promovendo maior autonomia funcional, prevenção de doenças crônicas e melhora na percepção geral de saúde. Ainda que mudanças fisiológicas mais robustas requeiram intervenções prolongadas e estruturadas, as abordagens educativas são eficazes para mobilizar o autocuidado, especialmente entre cuidadores que, muitas vezes, negligenciam suas próprias necessidades em função da dedicação ao outro. Essas estratégias ganham ainda mais relevância quando aplicadas a grupos em risco social, nos quais as oportunidades de acesso ao lazer, práticas esportivas e bem-estar físico são limitadas por fatores socioeconômicos e ambientais. Ao atuar diretamente sobre a dimensão do conhecimento, da motivação e da valorização do cuidado de si, tais intervenções promovem avanços que, ainda que graduais, repercutem positivamente na saúde

física e emocional, com efeitos indiretos sobre os demais domínios da qualidade de vida.

Adicionalmente, evidências advindas de intervenções de natureza multidimensional, que integram a prática regular de atividade física com estratégias de suporte psicossocial estruturado, demonstram impacto positivo na promoção da saúde integral de populações em contextos de vulnerabilidade social. Essas abordagens têm se mostrado eficazes na ampliação da vitalidade física, no estímulo à incorporação de rotinas de autocuidado e na melhora da percepção subjetiva de qualidade de vida, com potencial para promover mudanças sustentadas nos hábitos de saúde. Nesse sentido, o estudo de Torres-Cruz *et al.* (2025), evidenciou que intervenções integradas, baseadas na articulação entre o cuidado físico e o apoio psicossocial, contribuíram significativamente para a melhoria dos indicadores de bem-estar e da funcionalidade percebida pelos participantes.

Dessa forma, os achados deste estudo sugerem que a intervenção implementada exerceu impacto significativo sobre a percepção de funcionalidade física, demonstrando potencial eficácia na promoção da autonomia e na melhora da vitalidade dos participantes. A adoção de uma abordagem integrada, que contemplou estímulos à prática corporal regular, estratégias de recuperação física (como o descanso qualificado) e momentos de escuta ativa voltados às queixas somáticas, possivelmente contribuiu para esse resultado positivo, sobretudo em contextos marcados por barreiras no acesso contínuo a serviços de saúde e ações de promoção do bem-estar.

Em contraste, o GC apresentou uma leve redução nos escores físicos, com média de 63,07 na pré-avaliação e 60,12 na pós-avaliação, resultando em uma diferença média de 2,95 pontos, sem significância estatística ($t(5) = 0,480$; $p = 0,652$). Esse dado sugere ausência de melhoria espontânea ou de efeitos externos sobre essa dimensão ao longo do mesmo período, reforçando o papel ativo da intervenção no grupo experimental.

6.2.3 Domínio Psicológico

O domínio Psicológico estacou-se com o aumento mais relevante entre os domínios avaliados no grupo intervenção, com os escores aumentando de 42,37 para 67,37 no período pós-intervenção. Essa variação corresponde a uma diferença média de 25 pontos, estatisticamente significativa ($t(5) = -11,666$; $p < 0,001$). O intervalo de confiança de 95% para essa diferença $[-30,51; -19,49]$ evidencia a precisão e a robustez do resultado. Ademais, a correlação positiva entre os escores pré e pós-intervenção ($r = 0,866$; $p = 0,026$) sugere consistência na mudança observada, indicando efeitos positivos das intervenções na dimensão emocional da qualidade de vida dos cuidadores de crianças neurodivergentes. Este achado aponta para impactos relevantes no enfrentamento subjetivo da sobrecarga associada ao cuidado, refletindo-se em melhorias na autoestima, na estabilidade emocional e na capacidade de regulação cognitiva diante do estresse crônico.

Essa melhoria expressiva aponta para efeitos positivos da intervenção sobre aspectos como autoestima, concentração, satisfação com a vida, e manejo de emoções negativas, componentes centrais do domínio psicológico. Tais resultados são compatíveis com evidências que demonstram a eficácia de intervenções psicoeducativas e integrativas na redução da ansiedade, da sobrecarga emocional e no fortalecimento da autoeficácia em cuidadores, especialmente quando realizadas em grupo ou com suporte tecnológico (Frías *et al.*, 2020).

Os resultados deste estudo reiteram a relevância de estratégias interventivas que incluam o suporte emocional estruturado como elemento central no cuidado a famílias de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. Conforme apontado por Misquiatti *et al.* (2015), a vivência do cuidado de crianças com TEA está frequentemente associada a elevados níveis de sobrecarga entre os cuidadores, com destaque para o impacto psíquico manifestado por sentimentos recorrentes de exaustão, insegurança e isolamento social. Nesse cenário, evidencia-se a urgência de ações que promovam acolhimento psicológico contínuo, escuta qualificada e espaços de partilha emocional que favoreçam a validação das vivências subjetivas dos cuidadores. Tais medidas são fundamentais para prevenir o agravamento de quadros de sofrimento psíquico e a possível cronificação de transtornos como ansiedade e depressão. Assim, o suporte emocional estruturado deve ser

compreendido como uma estratégia de prevenção em saúde mental, com potencial para fortalecer a resiliência, ampliar o bem-estar subjetivo e qualificar a relação entre cuidador e criança.

Segundo Matsukura *et al.* (2007), mães de crianças com necessidades especiais estão frequentemente submetidas a elevados níveis de estresse, cuja intensidade é determinada por múltiplos fatores, como a complexidade das demandas de cuidado, a escassez de tempo dedicado a si mesmas e a limitação de redes de apoio social. O estudo ressalta que o suporte psicossocial constitui um fator de proteção relevante, com potencial para atenuar os impactos adversos do estresse e favorecer maior equilíbrio emocional. Nesse sentido, estratégias interventivas que promovam espaços de acolhimento, escuta qualificada e incentivo ao autocuidado demonstram-se promissoras para a melhoria da saúde mental de cuidadores.

De acordo com Esper e Nakamura (2025), intervenções grupais realizadas em contextos comunitários, sobretudo aquelas direcionadas a familiares de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, configuram-se como espaços privilegiados para a construção de sentidos compartilhados e para o fortalecimento do suporte emocional mútuo. Esses grupos exercem um papel relevante na mediação do cuidado ao possibilitarem: A validação das experiências individuais, contribuindo para a percepção de pertencimento e para a redução do sentimento de solidão diante das exigências do cuidado; A partilha de estratégias de enfrentamento, que favorece o fortalecimento da autoestima, a ampliação de repertórios de ação e o aumento da autoconfiança dos cuidadores; A constituição de um espaço de acolhimento subjetivo, essencial à promoção do equilíbrio emocional e da resiliência diante das demandas cotidianas. Tais intervenções, ao integrarem dimensões afetivas, sociais e práticas, revelam-se fundamentais na sustentação do bem-estar psíquico e na promoção da qualidade de vida de cuidadores em contextos de vulnerabilidade.

As evidências reunidas no presente estudo convergem com achados recentes da literatura internacional, os quais demonstram a efetividade consistente de intervenções psicossociais voltadas a pais e cuidadores de crianças com deficiência intelectual e outras condições do neurodesenvolvimento. A revisão sistemática realizada por Ranta *et al.* (2025) evidencia que tais intervenções produzem impactos significativos no bem-estar psicológico, na autoestima e na capacidade de enfrentamento dos cuidadores, além de contribuírem positivamente para o

comportamento e o desenvolvimento das crianças atendidas. Os autores destacam que programas estruturados, especialmente aqueles que combinam suporte psicológico, educação parental e estratégias de regulação emocional, resultam em efeitos clinicamente relevantes, como a redução dos níveis de estresse parental, sintomas depressivos e sentimentos de sobrecarga. Além disso, observou-se a manutenção desses benefícios ao longo do tempo, o que reforça a importância de modelos interventivos contínuos, sustentáveis e sensíveis às especificidades das famílias atendidas.

Esse conjunto de evidências fortalece o entendimento de que intervenções psicossociais bem delineadas não apenas mitigam o sofrimento psíquico dos cuidadores, mas também potencializam sua capacidade de agir de maneira responsiva, afetiva e protetiva diante das exigências impostas pela experiência do cuidado. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de ampliação da oferta desses dispositivos no escopo das políticas públicas e dos serviços de atenção psicossocial em nível comunitário. Nesse sentido, torna-se evidente a importância de políticas públicas e ações intersetoriais que garantam a oferta continuada desses espaços terapêuticos em nível comunitário, reconhecendo o impacto positivo que tais intervenções exercem na qualidade de vida de famílias neurodiversas.

No GC, os escores médios do domínio Psicológico do instrumento WHOQOL-Bref apresentaram variação discreta entre o momento basal ($M = 56,95$) e o período subsequente ($M = 59,03$), resultando em uma diferença média de $-2,08$ pontos. Embora essa diferença seja numericamente positiva, não atingiu significância estatística ($t(5) = -1,161$; $p = 0,298$), e o intervalo de confiança de 95% $[-6,70; 2,53]$ inclui o valor nulo, sugerindo alta probabilidade de que a oscilação observada seja atribuída ao acaso. Adicionalmente, a elevada correlação entre os escores nos dois momentos ($r = 0,958$) indica estabilidade intraindividual ao longo do tempo, o que reforça a ausência de mudanças substanciais no bem-estar psicológico dos participantes. Esse padrão pode ser compreendido através da inexistência de uma intervenção sistematizada no GC, aspecto que limita a possibilidade de alterações positivas nesse domínio.

6.2.4 Domínio Relações Sociais

No domínio Relações Sociais, os participantes do GI também apresentaram melhora significativa, com o escore médio aumentando de 48,63 para 59,72 (diferença média = 11,13 pontos; $t(5) = -3,169$; $p = 0,025$). O intervalo de confiança $[-20,16; -2,10]$ e a alta correlação entre os escores ($r = 0,943$; $p = 0,005$) indicam que essa mudança foi estatisticamente significativa e consistente.

Os dados sugerem um fortalecimento das relações interpessoais, ampliação do apoio emocional percebido e maior satisfação com os vínculos sociais estabelecidos. A literatura tem destacado que a participação em grupos de apoio psicossocial constitui uma estratégia eficaz para atenuar o isolamento social, validar as experiências subjetivas de sofrimento e fomentar a construção coletiva de mecanismos de enfrentamento (Lima *et al.*, 2022; Araújo e Andrade, 2021). Nesse contexto, a intervenção analisada parece ter proporcionado espaços estruturados de escuta ativa, empatia e troca de vivências, favorecendo a coesão grupal e o suporte mútuo entre os participantes.

Os resultados apresentados enaltecem o fortalecimento dos vínculos interpessoais, aumento do suporte social percebido e maior satisfação com a vida social. Tais resultados corroboram a literatura que associa intervenções grupais à promoção da inclusão social e ao enfrentamento da solidão, especialmente em contextos marcados por isolamento ou vulnerabilidade.

Paixão *et al.* (2022) apontam que a participação em grupos de apoio psicossocial configura-se como uma estratégia relevante para o enfrentamento das demandas emocionais e sociais que permeiam o cuidado familiar em contextos vulneráveis. Esses espaços coletivos favorecem a troca de vivências, oferecendo suporte emocional mútuo e permitindo que os participantes se reconheçam em situações similares, o que resulta em alívio subjetivo do sofrimento.

A participação em grupos de apoio psicossocial configura-se como uma estratégia eficaz para a mitigação do isolamento social e da sobrecarga emocional vivenciada por cuidadores em contextos de vulnerabilidade. Esses espaços coletivos operam como redes de sustentação simbólica, capazes de validar o sofrimento subjetivo e de promover a construção compartilhada de repertórios de enfrentamento. Evidências na literatura indicam que tais intervenções potencializam a escuta qualificada, a empatia e a elaboração conjunta de estratégias de cuidado, favorecendo o fortalecimento de vínculos interpessoais e o desenvolvimento de práticas solidárias

e integradas (Gomes; Maheirie; Corrêa, 2022). Nesse sentido, os achados da presente pesquisa dialogam com os apontamentos teóricos das autoras, que reconhecem os grupos de apoio como dispositivos terapêuticos e comunitários, capazes de ampliar o acesso ao cuidado entre populações marcadas por sofrimento psíquico e fragilidade das redes de suporte. Ao fomentar o sentimento de pertencimento e proporcionar um ambiente de partilha e acolhimento, tais grupos contribuem significativamente para o enfrentamento das adversidades cotidianas, especialmente em contextos de exclusão social e invisibilidade subjetiva.

No domínio das Relações Sociais, o grupo controle apresentou uma leve variação nos escores médios entre os momentos antes ($M = 68,05$) e depois ($M = 72,23$), correspondendo a uma diferença média de $-4,18$ pontos. Apesar desse aumento numérico, a análise estatística indicou que essa mudança não foi estatisticamente significativa ($t(5) = -0,893$; $p = 0,413$), e o intervalo de confiança de 95% para a diferença $[-16,22; 7,85]$ abrange o valor zero, o que reforça a possibilidade de que essa variação seja fruto do acaso. Entretanto, observou-se uma correlação positiva alta e estatisticamente significativa entre os escores antes e depois ($r = 0,881$; $p = 0,021$), indicando que os participantes mantiveram uma estabilidade relativa em suas percepções sobre suas relações sociais ao longo do tempo. Esses resultados sugerem que, sem uma intervenção direcionada, as dimensões relacionadas ao suporte social e à qualidade das interações interpessoais tendem a permanecer estáveis em cuidadores de crianças neurodivergentes.

Melhorar a qualidade de vida dos cuidadores permite que eles tenham mais tempo e disposição para atividades de lazer e momentos de qualidade com as crianças. Participação em grupos de apoio e comunidades de pais e cuidadores pode proporcionar uma sensação de pertencimento e suporte emocional, bem como, o acesso a serviços de apoio, aconselhamento e programas de alívio de cuidados, pode aliviar a carga dos cuidadores (Corrêa; Queiroz, 2017). Uma casa onde os cuidadores estão bem e felizes, proporciona um ambiente mais estável e acolhedor, crucial para o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, pois, crianças neurodiversas se beneficiam de interações positivas e consistentes com seus cuidadores, facilitando o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais

Esse padrão pode indicar que a melhora real nas relações sociais demanda ações específicas que promovam suporte e conexão, como grupos de apoio ou

intervenções psicossociais. Assim, a ausência de mudanças significativas no grupo controle reforça a importância de estratégias estruturadas para favorecer o fortalecimento das redes sociais, fator fundamental para a qualidade de vida e o enfrentamento dos desafios do cuidado.

6.2.5 Domínio Meio Ambiente

Por fim, no domínio Meio Ambiente, os escores do grupo intervenção apresentaram um aumento discreto, passando de 49,48 para 52,08, o que representa uma diferença média de 2,60 pontos, sem significância estatística ($t(5) = -1,756$; $p = 0,139$). O intervalo de confiança da diferença $[-6,41; 1,21]$ inclui o zero, sugerindo que a mudança observada pode não ser atribuída com segurança à intervenção.

Nesse contexto, Wong *et al.* (2018), ao avaliarem a qualidade de vida utilizando o instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra populacional, identificaram uma associação significativa entre a satisfação com o ambiente do bairro e a percepção global de qualidade de vida. Entretanto, os autores destacam que o domínio ambiental é mediado por comportamentos relacionados à saúde e condicionado por fatores estruturais de difícil modificação a curto prazo. Dessa forma, embora intervenções psicossociais possam propiciar ganhos subjetivos no bem-estar ambiental, mudanças substanciais nesse domínio requerem períodos prolongados e, frequentemente, alterações em políticas públicas e na infraestrutura social.

Conforme Skevington e Epton (2018), o domínio ambiental do WHOQOL-BREF engloba uma gama abrangente e interligada de aspectos, incluindo infraestrutura urbana, segurança pública, acesso a recursos naturais, condições habitacionais, mobilidade, oportunidades de lazer e disponibilidade de serviços de saúde e educação. Essa complexidade caracteriza o campo da qualidade ambiental como um “problema wicked”, termo que se refere a questões sociais multifacetadas, interdependentes e de difícil resolução linear. Dessa forma, mudanças significativas nesse domínio demandam ações estruturais e políticas públicas coordenadas entre múltiplos setores, não sendo, em geral, efetivadas por intervenções isoladas ou de curto prazo, sobretudo em populações vulnerabilizadas. Os autores destacam ainda que, mesmo intervenções planejadas dentro da perspectiva dos Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável (ODS) apresentam respostas modestas e graduais no domínio ambiental da qualidade de vida, o que evidencia a necessidade de estratégias intersetoriais, integradas e de longa duração.

Os dados obtidos neste estudo reforçam a centralidade do domínio ambiental como componente estruturante da qualidade de vida de familiares e cuidadores, ao mesmo tempo em que evidenciam sua baixa responsividade a intervenções de curta duração. Essa limitação torna-se ainda mais evidente diante da ausência de transformações concretas nas condições físicas, sociais e infraestruturais dos territórios onde esses sujeitos estão inseridos. Conforme argumenta Sarti (2004), a vida cotidiana das famílias em situação de vulnerabilidade é atravessada por um conjunto de privações materiais e simbólicas que condicionam suas possibilidades de ação, cuidado e bem-estar.

Nesse contexto, é fundamental o desenvolvimento de estratégias de longo prazo sustentadas por políticas públicas articuladas entre os setores da saúde, assistência social e planejamento urbano, capazes de promover ambientes saudáveis, seguros, acessíveis e ajustados às necessidades dos cuidadores e de seus núcleos familiares. Essa abordagem converge com os fundamentos teóricos de Silva (2010), ao considerar que o desenvolvimento humano não se resume ao crescimento econômico, mas à expansão das liberdades substantivas dos indivíduos, entre elas, o acesso a condições materiais e sociais que lhes permitam exercer plenamente suas capacidades e escolhas. Assim, a promoção da qualidade de vida de cuidadores em contextos de vulnerabilidade requer ações que ampliem essas liberdades reais por meio da justiça social e da equidade territorial.

Dessa forma, os resultados desta pesquisa evidenciam não apenas a relevância do contexto ambiental para o bem-estar psicossocial, mas também os limites das intervenções locais isoladas, reforçando a urgência de medidas amplas e sustentáveis que enfrentem os determinantes sociais da saúde de forma coordenada e sistêmica.

6.3 ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE - 10

Os dados obtidos nesta pesquisa indicam mudanças substanciais nos níveis de estresse dos participantes após a intervenção, refletindo uma tendência consistente de redução do estresse percebido, especialmente entre os membros do Grupo de Intervenção (GI). A análise dos escores do Escala de Percepção de Estresse (EPS-10) revelou que todos os participantes apresentaram diminuição no escore total, com variações que vão de -1 a -12 pontos. Essas reduções foram acompanhadas por mudanças significativas nos níveis categóricos de estresse. Três participantes mantiveram-se dentro do mesmo nível de estresse (moderado), embora com leves reduções nos escores, enquanto três outros apresentaram uma mudança positiva de nível: dois de "Alto" para "Moderado" e um de "Moderado" para "Baixo".

Os resultados sugerem que a intervenção foi efetiva em produzir efeitos perceptíveis na redução do estresse subjetivo, embora com magnitudes variáveis entre os indivíduos. A maior redução observada (-12 pontos) foi associada a uma mudança clínica relevante, do nível "Moderado" para "Baixo", sugerindo um impacto expressivo sobre o equilíbrio emocional e a capacidade de enfrentamento desse participante. Resultados semelhantes foram observados em outros estudos de intervenções psicossociais de curta duração, como o estudo de Venkatesan *et al.* (2021), que encontrou reduções médias de 4,86 pontos na EPS-10 após 10 semanas de intervenção, com aproximadamente 48% dos participantes migrando para níveis inferiores de estresse percebido. Tais resultados reforçam a sensibilidade da EPS-10 como ferramenta de monitoramento e a eficácia de intervenções breves e estruturadas na promoção do bem-estar psicológico.

Os participantes 3 e 6, que inicialmente estavam na categoria de estresse alto, foram reclassificados para estresse moderado após a intervenção, refletindo uma mudança clínica importante. Esses achados estão em consonância com a literatura existente, como a meta-análise de Gu *et al.* (2023), que indicou que intervenções de suporte emocional podem promover melhorias significativas nos níveis de estresse psicológico, especialmente durante períodos críticos como a pandemia de COVID-19. Esse estudo reforça a relevância de intervenções direcionadas aos cuidadores de crianças com ND, que frequentemente experienciam elevados níveis de estresse.

O participante 4, por sua vez, apresentou a melhoria mais expressiva, migrando do nível de estresse moderado para o nível baixo. Essa mudança substancial é um

indicativo claro de que intervenções psicossociais podem ter um impacto profundo no bem-estar emocional dos cuidadores. O estudo de Haque *et al.* (2021) corrobora esse achado, sugerindo que o suporte psicológico e as estratégias de enfrentamento adequadas podem aliviar significativamente o estresse entre cuidadores de crianças com ND, promovendo uma melhora no equilíbrio emocional e nas capacidades de adaptação.

No entanto, os participantes 1, 2 e 5 mantiveram-se na categoria de estresse moderado, embora com uma leve redução nos escores. O participante 2, por exemplo, apresentou uma diferença discreta (de 16 para 15 pontos), sugerindo que a intervenção teve um impacto mais limitado nesse caso. Esse padrão de variação nos resultados está de acordo com o estudo de Purpura *et al.* (2021), que destacou a variabilidade nas respostas às intervenções, dependendo de fatores como o tipo de transtorno da criança, o suporte social disponível e a resiliência individual do cuidador.

Os resultados indicam que, embora a maioria dos participantes tenha experimentado alguma melhoria, as variações nas respostas à intervenção sugerem a necessidade de abordagens personalizadas para o cuidado dos cuidadores. A literatura reforça que, para um manejo eficaz do estresse, intervenções precisam ser adaptadas às necessidades emocionais e psicológicas de cada indivíduo. De acordo com Mendez-Lara *et al.* (2025), estratégias de enfrentamento devem ser ajustadas às especificidades de cada cuidador e ao contexto da criança, de modo a otimizar os resultados.

O estudo de Tinoco *et al.* (2022) sobre mães de crianças com autismo ressalta a importância do suporte contínuo e da implementação de cuidados centrados na família. Estratégias que incluam espaços de escuta, práticas de autorregulação e suporte emocional são essenciais para reduzir o estresse de longo prazo e melhorar a saúde mental dos cuidadores. A inclusão de atividades em grupo pode também favorecer a troca de experiências e fortalecer o senso de pertencimento, elementos protetivos no enfrentamento do sofrimento psíquico (Esper *et al.*, 2024).

Por fim, a heterogeneidade observada nas respostas dos participantes à intervenção reforça a importância de estratégias flexíveis que considerem as características individuais dos cuidadores e os fatores contextuais. A variação nos escores de estresse entre os participantes sugere que, embora a intervenção tenha sido eficaz, a magnitude da resposta ao estresse pode ser influenciada por fatores

individuais, como a resiliência emocional e o suporte social disponível. A adaptação das abordagens de cuidado para as particularidades de cada cuidador, considerando o tipo de transtorno da criança e o contexto familiar, será fundamental para maximizar os benefícios da intervenção no manejo do estresse.

Em comparação com a população em geral, os níveis de estresse entre os cuidadores de crianças com ND são significativamente mais elevados. Estudos recentes indicam que a prevalência de estresse entre os cuidadores de crianças com ND pode chegar a 58,9% (Gu *et al.*, 2023), com picos ainda mais elevados, como o encontrado por Haque *et al.* (2021), que observou altos níveis de estresse entre cuidadores em Bangladesh. De acordo com Purpura *et al.* (2021), cerca de metade dos cuidadores de crianças com ND apresentam níveis de estresse de moderados a altos. Esses dados destacam a condição de vulnerabilidade psicológica dos cuidadores, especialmente quando comparados aos níveis de estresse observados em populações gerais, onde o estresse tende a ser menos prevalente e, em muitos casos, menos intenso.

No GC, os dados obtidos por meio da EPS-10 indicam um padrão de variação heterogênea nos escores de estresse percebido entre os participantes, sem tendência consistente de redução. Ao contrário do que foi observado no grupo intervenção, três participantes apresentaram aumento nos escores finais de estresse percebido, com variações que variaram de +2 a +12 pontos, ainda que permanecendo dentro do mesmo nível categórico. Esse achado sugere um agravamento leve da percepção subjetiva de estresse, mesmo na ausência de mudança de faixa. Apenas um participante demonstrou uma mudança positiva de nível, passando de "Moderado" para "Baixo", enquanto os demais mantiveram-se dentro da mesma classificação ou apresentaram leve aumento. A variação individual mais expressiva foi um aumento de 12 pontos no escore total, indicando possível intensificação de fatores estressores não mediados por intervenções sistemáticas.

Esses resultados reforçam a hipótese de que, na ausência de estratégias estruturadas de suporte ou cuidado psicossocial, a tendência natural entre cuidadores é a manutenção ou até mesmo o agravamento da sobrecarga emocional, especialmente em contextos de vulnerabilidade social ou alta demanda de cuidado contínuo. Conforme destacado por Venkatesan *et al.* (2021), a eficácia de intervenções específicas na redução do estresse percebido depende da

intencionalidade, frequência e acessibilidade das ações implementadas, sendo pouco provável que melhorias espontâneas ocorram sem estímulos direcionados.

Dessa forma, os dados do grupo controle fortalecem a compreensão de que ações não estruturadas ou ausência de intervenção não são suficientes para alterar significativamente o nível de estresse percebido entre cuidadores, o que justifica a necessidade de intervenções psicossociais planejadas, contínuas e integrativas como estratégia de promoção de saúde mental nesse público.

6.4 ESCALA DE ANSIEDADE BECK (BAI)

Os resultados obtidos por meio da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) demonstram uma redução significativa nos níveis de ansiedade entre os participantes do grupo intervenção após a realização da estratégia terapêutica proposta. A média dos escores caiu de 27,17 pontos na pré-intervenção para 17,00 pontos na pós-intervenção, representando uma diferença média de -10,17 pontos, com redução também na dispersão dos dados (DP pré = 8,89; DP pós = 5,87), o que indica maior homogeneidade nas respostas após a intervenção.

A análise individual reforça essa tendência, revelando que todos os seis participantes reduziram seus escores, com variações entre -6 e -12 pontos. Essa diminuição quantitativa foi acompanhada por mudanças qualitativas nos níveis categóricos de ansiedade: dois participantes passaram de "Moderada" para "Leve", e quatro participantes apresentaram redução de "Grave" para "Moderada". Esses dados indicam uma melhora clínica relevante, que ultrapassa os limites da significância estatística e alcança dimensões subjetivas da experiência emocional dos cuidadores.

Tais achados corroboram evidências anteriores sobre a eficácia de intervenções psicossociais e integrativas na redução de sintomas de ansiedade em contextos de cuidado crônico. Segundo Venkatesan *et al.* (2021), programas baseados em estratégias de atenção plena, suporte grupal e práticas integrativas demonstram efeitos consistentes na diminuição do sofrimento psíquico, promovendo maior autorregulação emocional e capacidade de enfrentamento em cuidadores.

As intervenções grupais emergem como uma estratégia eficaz no cuidado a progenitoras e familiares de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, ao

intercalar suporte emocional com a construção coletiva de significado. Conforme elucidado por Esper e Nakamura (2025), os grupos de apoio familiar oferecem um espaço simbólico de acolhimento, escuta e compartilhamento vivencial, possibilitando que as cuidadoras reconheçam suas histórias e fortaleçam seu bem-estar emocional. Da mesma forma, revisões integrativas mostram que a participação em grupos estruturados está associada à redução de ansiedade e depressão e à melhora na qualidade de vida subjetiva, graças à criação de uma rede de empatia e identificação entre pares (Carvalho *et al.*, 2024). Intervenções mais específicas, voltadas a mães de crianças com TEA, tendem a promover também reflexão sobre estratégias de cuidado, redução da solidão e construção de sentido, validando a experiência emocional coletiva como recurso terapêutico fundamental (Ferreira; Oliveira; Silva, 2023).

Os dados obtidos no GC não indicam variações clinicamente significativas nos níveis de ansiedade geral ao longo do período analisado. A diferença média entre os escores do BAI antes ($M = 13,17$) e após ($M = 13,33$) a intervenção foi de apenas +0,16 pontos, evidenciando estabilidade na percepção de sintomas ansiosos entre os participantes. Esse padrão sugere que, na ausência de intervenção sistemática, não houve melhora espontânea no bem-estar emocional dos indivíduos avaliados.

A análise individual do GC revela oscilações heterogêneas, enquanto a maioria dos participantes manteve-se no mesmo nível categórico de ansiedade, dois casos se destacam, um aumento expressivo de 19 pontos, com progressão de "leve" para "grave" (Participante 1), e uma redução de 21 pontos, de "grave" para "moderada" (Participante 5). Apesar desses extremos, os dados não foram suficientes para alterar a média do grupo de forma estatisticamente relevante, sugerindo variações individuais não sistemáticas.

Os resultados encontrados corroboram a expectativa de estabilidade no Grupo de Controle (GC), que não foi submetido a nenhuma intervenção específica. A ausência de alterações estatisticamente relevantes reforça a função comparativa desse grupo e evidencia a importância de considerar fatores contextuais e individuais em análises longitudinais.

Estudos anteriores apontam para a estabilidade de níveis de ansiedade em contextos não intervencionados. Karing e Oeltjen (2024) observaram, em estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19, que determinados preditores

psicológicos se mantiveram relativamente constantes ao longo do tempo, mesmo diante de estressores contextuais. De forma semelhante, Funk *et al.* (2025) demonstraram, em estudo longitudinal com gêmeos, que há um componente hereditário significativo na estabilidade da ansiedade generalizada, evidenciando a influência de fatores individuais na manutenção dos níveis de ansiedade. Além disso, Wang *et al.* (2024) indicam que as associações entre sintomas de ansiedade e depressão tendem a se manter estáveis ao longo de diferentes fases da vida, reforçando a importância de análises longitudinais para compreender a trajetória de estados emocionais sem intervenção específica.

Estudos científicos destacam que o BAI apresenta elevada sensibilidade para detectar mudanças clínicas significativas em contextos terapêuticos estruturados, especialmente quando associados a intervenções psicológicas ou psicoeducativas (Julian, 2011). Entretanto, essa responsividade psicométrica não tende a se manifestar em grupos que não recebem intervenções, como observado neste estudo. Isso reforça a importância metodológica do grupo controle, pois sua estabilidade nos escores respalda a hipótese de que as reduções de ansiedade observadas no grupo intervenção decorrem diretamente da ação terapêutica, e não de efeitos inespecíficos como o fator tempo ou expectativa de melhora.

Em síntese, os dados corroboram a expectativa teórica e empírica de que, em grupos controle sem intervenção, os níveis de ansiedade permanecem relativamente estáveis ao longo do tempo. A ausência de alteração significativa ressalta a validade do GC como referência comparativa e enfatiza a necessidade de considerar fatores contextuais e variabilidade individual na interpretação dos resultados em estudos longitudinais.

6.5 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA GRUPO INTERVENÇÃO

A análise das entrevistas semiestruturadas revelou múltiplos efeitos positivos da intervenção psicossocial, organizados em dez (10) categorias principais, que refletem transformações emocionais, cognitivas, relacionais e comportamentais percebidas pelos participantes ao longo do processo.

6.5.1 Categoria Acolhimento e Pertencimento

A categoria "Acolhimento e pertencimento" emergiu de maneira transversal nos relatos, evidenciando o espaço em grupo como um ambiente marcado pela escuta empática, pelo respeito à diversidade e pela construção de vínculos interpessoais. Expressões como “me senti acolhida” e “me deram voz” refletem a relevância do reconhecimento mútuo como fundamento para o engajamento emocional, alinhando-se a estudos que destacam o papel dos grupos como instrumentos de reconstrução identitária e garantia de segurança subjetiva (Sarti, 2004; Esper *et al.*, 2024).

Os resultados desta pesquisa evidenciam que o contexto grupal exerce um papel central na promoção da saúde emocional de cuidadores, sendo eficaz não apenas pelos conteúdos temáticos abordados durante as intervenções, mas, principalmente, pelas relações interpessoais que se consolidam ao longo do processo. O grupo configura-se como um dispositivo terapêutico de acolhimento e escuta empática, promovendo a validação das experiências subjetivas e criando um ambiente propício para a expressão autêntica e respeitosa dos participantes, isento de julgamentos.

Adicionalmente, os dados corroboram a relevância dos grupos conduzidos por cuidadores, os quais se constituem como espaços de empoderamento coletivo, troca de saberes experienciados e fortalecimento de vínculos afetivos e sociais. A liderança exercida por indivíduos que compartilham vivências semelhantes favorece a constituição de um ambiente de segurança emocional, no qual os participantes sentem-se compreendidos e legitimados em suas trajetórias. A vivência grupal, nesse sentido, amplia a escuta de múltiplas vozes e valoriza a diversidade das histórias familiares, promovendo o respeito às singularidades de cada contexto.

Essa dinâmica de compartilhamento de experiências entre pessoas que enfrentam desafios similares favorece a construção de uma solidariedade afetiva, que, segundo Klein *et al.* (2019), constitui uma forma de cuidado em si. Em seu estudo com grupos de apoio para cuidadores de crianças com TDAH, os autores destacam que a solidariedade como cuidado fortalece o senso de pertencimento, o otimismo e o empoderamento subjetivo dos cuidadores. Ao reconhecerem-se nas histórias uns dos outros, os participantes passam a perceber seus próprios enfrentamentos de forma

menos isolada e mais significativa. Esse espaço em grupo promove um ambiente onde vínculos sociais se constroem a partir da escuta e da aceitação mútua, favorecendo a ressignificação das dificuldades cotidianas do cuidado. Tais aspectos, embora subjetivos, são centrais para a promoção do bem-estar emocional e podem atuar como mediadores importantes dos efeitos terapêuticos de intervenções coletivas voltadas a populações em situação de vulnerabilidade.

Daynes-Kearney e Gallagher (2025), em estudo qualitativo com grupos online de apoio a cuidadores, identificam que ambientes coletivos eficazes são aqueles estruturados com regras claras, respeito à privacidade, ausência de julgamentos e mediação ética. Tais condições fortalecem a confiança entre os participantes e criam uma atmosfera segura, em que é possível compartilhar dúvidas, angústias e aprendizados sem receio de desvalorização ou estigmatização. Essa configuração contribui para a redução do isolamento social, frequente entre cuidadores, e amplia o senso de pertencimento e validação subjetiva. Assim, o grupo torna-se não apenas um espaço de intervenção, mas também um recurso terapêutico em si, ao possibilitar a formação de uma rede de apoio genuína, horizontal e afetivamente significativa.

Essas observações reforçam que a qualidade do ambiente grupal, e não apenas o conteúdo das atividades, é um fator decisivo para a efetividade das intervenções. Ambientes organizados com base na ética do cuidado e na escuta respeitosa ampliam o potencial de impacto positivo sobre a saúde mental, a autoestima e a autonomia dos cuidadores envolvidos.

Os dados observados nesta pesquisa também convergem com evidências da literatura internacional sobre o papel do apoio informal entre famílias como um fator de proteção relevante no enfrentamento do cuidado contínuo a crianças com distúrbios do neurodesenvolvimento. Conforme apontado por Kaniyammattam e Oxley (2023), a convivência entre cuidadores em centros de reabilitação cria oportunidades para o compartilhamento de experiências, a troca de estratégias práticas e o desenvolvimento de respostas coletivas frente aos desafios do cotidiano. Nesse contexto, os grupos tornam-se espaços de acolhimento e segurança emocional, onde os cuidadores se escutam, se reconhecem e se fortalecem mutuamente, promovendo um sentimento de pertencimento e reduzindo o isolamento frequentemente vivenciado. Além disso, tais interações favorecem o processo de aceitação do diagnóstico da criança e das exigências do cuidado, permitindo a elaboração de

vivências emocionais complexas em ambiente solidário. A construção de resiliência coletiva, promovida nesses ambientes, destaca-se como um recurso fundamental para a manutenção do bem-estar mental dos cuidadores, reafirmando a importância de estruturas comunitárias acessíveis e sensíveis às suas necessidades.

Outro achado relevante na presente pesquisa diz respeito ao impacto da condução de grupos por pares, ou seja, por cuidadores e pessoas neurodivergentes, sem a mediação direta de profissionais. Valderrama *et al.* (2023) demonstram que esse modelo de organização promove maior conexão entre os participantes, criando um espaço onde a escuta genuína, o respeito à diversidade de trajetórias e o acolhimento mútuo se destacam como fundamentos da experiência compartilhada. Portanto, a valorização de grupos autogeridos ou mediados por pares emerge como uma estratégia potente de cuidado e empoderamento coletivo, complementando as ações formais e ampliando o alcance das intervenções psicossociais no campo da saúde mental e da inclusão.

Os resultados da pesquisa também estão em consonância com o estudo de Szlamka *et al.* (2024), que evidencia como abordagens centradas nos cuidadores podem fomentar processos de empoderamento ao oferecer espaços de escuta ativa, apoio mútuo e fortalecimento identitário entre famílias que enfrentam desafios semelhantes. Tais iniciativas revelam-se fundamentais para a construção de redes de apoio sustentáveis, que promovem bem-estar emocional e reconhecimento social.

6.5.2 Categoria Desenvolvimento do Autocuidado

Na categoria "Desenvolvimento do autocuidado", os participantes relataram não apenas a valorização de si, mas também a incorporação prática de rotinas de cuidado, muitas delas integradas à realidade doméstica e parental. Tais relatos evidenciam uma reconfiguração do cuidado de si como ato possível, mesmo em contextos de sobrecarga.

O autocuidado, compreendido no campo da saúde como expressão da autonomia e da integralidade do sujeito, ultrapassa a noção restrita de responsabilidade individual por práticas saudáveis. Conforme Bellato e Araújo (2011), trata-se de uma dimensão relacional e situada do cuidado, que se concretiza nas

interações cotidianas, no reconhecimento das necessidades próprias e na construção de significados compartilhados entre sujeitos e contextos.

Nessa perspectiva, o cuidado de si não se apresenta como um ato isolado, mas como um processo intersubjetivo, possibilitado, ainda que parcialmente, mesmo em condições adversas. Em realidades marcadas por vulnerabilidades sociais e sobrecarga emocional, como é o caso de cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais, o autocuidado pode ser ressignificado como gesto de resistência, reconexão consigo e fortalecimento da própria agência. Assim, reconhecer e promover o autocuidado nesses contextos não é apenas uma estratégia de saúde individual, mas uma ação ética e política, que reafirma o direito ao cuidado como um bem comum, acessível e digno.

6.5.3 Categoria Percepções Emocionais Positivas

A terceira categoria "Percepções emocionais positivas", evidenciou ganhos subjetivos relevantes entre os participantes, expressos na diminuição dos níveis de estresse e ansiedade, na elevação da autoestima e no aumento da disposição emocional. Esses efeitos corroboram achados da literatura que destacam a eficácia de intervenções psicoeducacionais, psicossociais e integrativas na promoção da saúde mental de cuidadores em contextos de vulnerabilidade (Venkatesan *et al.*, 2021; Ranta *et al.*, 2025). Tais intervenções favorecem a regulação emocional, o fortalecimento da percepção de autoeficácia e a construção de repertórios adaptativos de enfrentamento frente às exigências do cuidado.

Segundo Pinquart e Sörensen (2006), tais intervenções apresentam efeitos significativos na redução do estresse, sobretudo quando envolvem elementos de educação sobre o cuidado, estratégias de enfrentamento emocional e suporte social estruturado. No presente estudo, os relatos qualitativos indicam que o espaço terapêutico funcionou como catalisador para alívio emocional e fortalecimento da autopercepção positiva, promovendo maior equilíbrio psicológico frente às exigências do cuidado cotidiano.

Os relatos emergentes da categoria "Percepções emocionais positivas" sugerem que a intervenção favoreceu não apenas a redução de sintomas de estresse

e ansiedade, mas também o fortalecimento de sentimentos de aceitação e bem-estar subjetivo entre as participantes. Esses achados são consistentes com evidências empíricas que apontam a autocompaixão como um recurso psicológico central na regulação emocional de mães de crianças com necessidades especiais.

Segundo Neff e Faso (2015), práticas baseadas em autocompaixão estão associadas à diminuição dos níveis de sofrimento psíquico, promovendo maior estabilidade emocional e melhoria nas interações parentais. O desenvolvimento do autocuidado, nesse contexto, não se restringe à adoção de práticas isoladas, mas se expressa como uma atitude relacional de acolhimento de si mesma, contribuindo para o enfrentamento mais saudável das exigências do cuidado cotidiano.

Os achados da presente pesquisa indicam que as estratégias de cuidado emocional adotadas pelas participantes impactam diretamente a forma como elas se relacionam com seus filhos, promovendo vínculos mais empáticos e responsivos. Essa constatação corrobora os resultados de Matsukura *et al.* (2007), que evidenciam que mães de crianças com necessidades especiais em contextos de vulnerabilidade social apresentam níveis elevados de estresse que são diretamente impactados pela disponibilidade e qualidade do suporte social percebido. Esta evidência empírica oferece suporte teórico à ideia de que melhorias no autocuidado e em estratégias de apoio compartilhado, como grupos de suporte, redes comunitárias ou estratégias de escuta ativa, podem contribuir não apenas para a redução do sofrimento psíquico, mas também para a transformação qualitativa das interações familiares. Essa articulação entre redes de suporte e resiliência emocional reforça a importância de políticas públicas e intervenções comunitárias voltadas ao fortalecimento social dos cuidadores.

6.5.4 Categoria Relações Familiares e Sociais

No eixo das “Relações familiares e sociais”, os relatos de melhora na qualidade do diálogo com os filhos e o aumento da paciência no convívio cotidiano indicam que o cuidado de si exerce efeitos concretos sobre o cuidado ofertado aos outros, especialmente no ambiente familiar. Tais achados convergem com os resultados de Neff e Faso (2015), que identificaram uma associação significativa entre níveis

elevados de autocompaixão e menor estresse parental, além de relações mais positivas com os filhos.

As evidências deste estudo apontam que a resiliência familiar é substancialmente fortalecida quando os cuidadores recebem suporte emocional estruturado e incorporam práticas de autocuidado. Conforme Walsh (2016, p. 15), a resiliência familiar envolve não apenas a sobrevivência às adversidades, mas a capacidade de absorver os impactos, reorganizar-se e emergir mais forte e com recursos ampliados. Walsh destaca que a presença de relações de cuidado estáveis no âmbito familiar, associada ao uso de estratégias de autorregulação emocional pelos cuidadores, atua como fator protetor diante de crises persistentes. Esses processos permitem que a família funcione como um recurso coletivo, capaz de enfrentar desafios sociais e de saúde, e promovam transformações positivas nas interações entre seus membros.

Em diálogo com os dados qualitativos e quantitativos deste estudo, observa-se que os cuidadores que vivenciaram espaços de acolhimento emocional, escuta coletiva e autocuidado relacional relataram mobilização interna e familiar mais efetiva, resultando em maior empatia, calma e capacidade de reorganização diante das demandas diárias. Esse conjunto de práticas se alinha com o que Walsh define como aspectos centrais da resiliência familiar, sendo recursos comunicacionais, apoio mútuo, crenças compartilhadas e flexibilidade organizacional.

Destaca-se também a categoria "Transformações cognitivas e reflexivas", na qual os participantes relataram ganhos em termos de aceitação dos próprios limites, superação da autocrítica e fortalecimento da autoestima. Essas mudanças indicam a atuação da intervenção como promotora de ressignificação e desenvolvimento pessoal. Esses relatos evidenciam ganhos significativos relacionados à aceitação dos próprios limites, superação da autocrítica e fortalecimento da autoestima. Esses resultados indicam que a intervenção atuou como promotora de ressignificação pessoal e desenvolvimento psicológico. Tal efeito pode ser compreendido à luz da Terapia Focada na Compaixão (CFT), desenvolvida por Gilbert (2009, p.45), que visa reduzir a autocrítica e fomentar a autoaceitação e o cuidado consigo mesmo. A CFT propõe que cultivar uma mente compassiva facilita a regulação emocional e promove uma postura mais acolhedora diante das dificuldades internas, o que contribui para a construção de uma identidade mais resiliente e fortalecida. Dessa forma, os ganhos

observados nos participantes refletem a eficácia da intervenção em incentivar processos cognitivos e afetivos que favorecem o crescimento pessoal e a melhoria da qualidade de vida.

Os relatos dos participantes também são coerentes com evidências recentes que apontam para a eficácia de intervenções psicossociais estruturadas em promover ganhos emocionais e cognitivos duradouros em cuidadores de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. Ranta *et al.* (2025) destacam que tais intervenções favorecem significativamente o aumento da autoestima, a aceitação da condição própria e a melhora da saúde mental, reforçando a importância de abordagens integradas que vão além do suporte imediato, contribuindo para o fortalecimento da resiliência familiar e do bem-estar psicológico dos cuidadores.

6.5.5 Transformações Cognitivas e Reflexivas

A categoria “Transformações cognitivas e reflexivas” evidenciou mudanças relevantes nos modos de pensar, sentir e posicionar-se dos participantes diante das demandas e desafios inerentes ao cuidado. Os relatos apontaram para avanços significativos na autocompreensão, expressos na aceitação dos próprios limites, na superação de padrões autocríticos e na reinterpretação de dificuldades previamente vivenciadas de forma negativa. Esses movimentos indicam um processo de reconstrução subjetiva mediado pela experiência coletiva, no qual o compartilhamento e a escuta empática entre pares atuaram como facilitadores do desenvolvimento emocional e da ressignificação das experiências de cuidado. Tais transformações foram descritas como marcos importantes no fortalecimento da autoestima, da autopercepção e da consciência emocional, contribuindo para uma relação mais compassiva e menos julgadora consigo mesmo.

Esses resultados estão em consonância com a literatura que reconhece os grupos de apoio como espaços de segurança emocional e escuta empática, capazes de promover reflexões profundas e reorientações internas. De acordo com Daynes-Kearney e Gallagher (2025), grupos de apoio para cuidadores familiares favorecem não apenas o suporte mútuo, mas também processos de elaboração subjetiva, nos quais os participantes ressignificam suas experiências por meio da partilha, do

reconhecimento mútuo e do acolhimento das emoções. Assim, o grupo se configura como um dispositivo terapêutico potente na promoção de bem-estar psicológico e reconstrução identitária.

Os achados dessa categoria também convergem com os resultados obtidos por Neff e Germer (2013), que demonstraram que programas baseados na autocompaixão contribuem de forma significativa para a redução da autocrítica e o fortalecimento da autoestima. A prática da autocompaixão, entendida como a capacidade de tratar a si mesmo com gentileza e compreensão diante do sofrimento, mostrou-se eficaz em promover mudanças emocionais e cognitivas duradouras, especialmente em contextos de sobrecarga emocional, como o vivenciado por cuidadores. Nesse sentido, a intervenção analisada neste estudo parece ter operado como um catalisador para o desenvolvimento de novos modos de relação consigo e com o outro, reforçando o papel terapêutico de abordagens que valorizam a dimensão subjetiva e relacional do cuidado.

6.5.6 Categoria Facilidade de Integração das Práticas Integrativas

A categoria "Facilidade de integração das práticas integrativas" ao cotidiano familiar foi apontada pelos participantes como um fator central para a adesão à intervenção. A adaptabilidade das técnicas às rotinas domésticas e aos momentos de convivência com os filhos permitiu que o cuidado de si ocorresse de maneira realista, respeitando os limites de tempo, espaço e energia impostos pelo contexto do cuidado contínuo. Esse achado reforça a necessidade de que as estratégias terapêuticas sejam sensíveis à realidade concreta dos cuidadores, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Como apontam Vargas *et al.* (2020), a percepção subjetiva de benefício e aplicabilidade concreta das práticas integrativas é um dos principais fatores que sustentam sua continuidade. Quando essas práticas se alinham à realidade vivida, deixam de ser vistas como uma demanda adicional e passam a ocupar um espaço legítimo na rotina de cuidado. Nesse sentido, a efetividade da intervenção não reside apenas na técnica utilizada, mas na forma como ela dialoga com o cotidiano, promove autonomia e fortalece o vínculo do sujeito com o seu próprio bem-estar.

Conforme apontam Esper e Nakamura (2025), intervenções em saúde mental no território só se tornam efetivas quando acessíveis, culturalmente adequadas e alinhadas à dinâmica cotidiana das famílias atendidas. A articulação entre práticas integrativas e a vida doméstica não apenas facilita a continuidade das ações, como também fortalece o vínculo dos cuidadores com o processo terapêutico, promovendo maior autonomia e engajamento no cuidado de si.

Os relatos dos participantes indicaram que a facilidade de incorporação das práticas integrativas ao cotidiano familiar constituiu um fator decisivo para a adesão e a continuidade da intervenção proposta. Tal percepção está em consonância com a literatura especializada, que enfatiza a relevância de intervenções psicossociais que sejam acessíveis e compatíveis com as condições concretas dos cuidadores informais, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Conforme evidenciado por Dharmawardene *et al.* (2016), programas baseados em práticas meditativas, quando ofertados de maneira simples e passível de integração à rotina diária, estão associados à redução significativa de sintomas de estresse, ansiedade e depressão, além de contribuírem para o fortalecimento da autoconfiança e a promoção do bem-estar global dos cuidadores. Esses efeitos tendem a ser mais expressivos quando as intervenções consideram as restrições de tempo, energia e recursos dos participantes, reforçando, assim, a necessidade de estratégias terapêuticas que sejam realistas, contextualmente sensíveis e sustentáveis a longo prazo.

6.5.7 Categoria Saúde Física e Bem-Estar

A categoria "Saúde física e bem-estar" evidenciou que os efeitos da intervenção extrapolaram o domínio psíquico, alcançando dimensões somáticas e comportamentais dos participantes. Os relatos de melhora na qualidade do sono, redução de dores corporais e maior engajamento em práticas saudáveis apontam para a efetividade de estratégias terapêuticas integrativas na promoção de um cuidado ampliado. Tais resultados corroboram evidências anteriores que demonstram a associação entre programas baseados em atenção plena e autocuidado e a

diminuição do estresse percebido, bem como a melhora na vitalidade física e na motivação para mudanças de estilo de vida (Venkatesan *et al.*, 2021).

Os efeitos relatados pelos participantes do grupo Acolher, se estendem além do plano psíquico, repercutindo diretamente sobre o corpo e os comportamentos cotidianos. Esses achados estão em consonância com a literatura científica que evidencia a eficácia de intervenções meditativas e de autocuidado para cuidadores informais e profissionais. Dharmawardene *et al.* (2016), em revisão sistemática com meta-análise, demonstraram que práticas meditativas aplicadas a esse público resultam em reduções moderadas nos níveis de estresse, ansiedade e sintomas depressivos, além de promoverem aumento da autoconfiança e da estabilidade emocional. Tais evidências sustentam a hipótese de que intervenções breves, adaptáveis à realidade dos cuidadores, são capazes de produzir efeitos terapêuticos relevantes, inclusive no campo da saúde física e do bem-estar geral.

Os resultados desta pesquisa se articulam com a revisão integrativa conduzida por Llapa-Rodríguez *et al.* (2015), que analisou evidências sobre o uso de PIC's no tratamento do estresse ocupacional. O estudo identificou que intervenções como meditação, relaxamento, técnicas respiratórias, auriculoterapia e yoga foram eficazes na redução de sintomas físicos e emocionais associados ao estresse, incluindo ansiedade, distúrbios do sono e dores musculares. Além dos benefícios clínicos, as PIC's demonstraram alta aceitabilidade e adesão entre os participantes, especialmente por sua adaptabilidade à rotina e baixo custo, aspectos que também emergiram como facilitadores no presente estudo. Tais evidências reforçam a importância de estratégias terapêuticas que considerem a realidade cotidiana dos cuidadores e que integrem corpo, mente e contexto social no enfrentamento do sofrimento. Assim, destaca-se o papel das PIC's como recurso viável e efetivo na promoção do bem-estar integral de cuidadores expostos a sobrecarga e vulnerabilidades psicossociais.

Nesse sentido, reafirma-se a relevância de abordagens terapêuticas que articulem corpo e mente, especialmente quando direcionadas a cuidadores em contextos de vulnerabilidade. Conforme argumentam Esper e Nakamura (2025), a efetividade dessas intervenções depende, em grande parte, de sua aplicabilidade concreta à vida cotidiana, valorizando práticas que possam ser facilmente integradas à dinâmica familiar e aos recursos disponíveis no ambiente doméstico.

6.5.8 Reforço da Identidade Pessoal

A categoria "Reforço da identidade pessoal" revelou que a experiência vivida durante a intervenção contribuiu significativamente para a revalorização subjetiva dos participantes, o resgate da autoconfiança e a superação de estigmas relacionados a questões de gênero, classe e saúde mental. Participantes que relataram múltiplas vulnerabilidades destacaram que o espaço de escuta e acolhimento possibilitou uma reconstrução mais positiva de suas identidades, rompendo com discursos de desvalorização social anteriormente internalizados.

Esse processo está em consonância com os apontamentos de Nascimento e Leão (2019), que discutem os efeitos psicossociais do estigma social e do estigma internalizado, especialmente entre sujeitos em situação de vulnerabilidade. Para os autores, estratégias de cuidado que favorecem o reconhecimento da singularidade, o fortalecimento da autonomia e o compartilhamento de experiências podem constituir caminhos potentes de superação subjetiva e resistência simbólica frente à exclusão. Nesse sentido, os relatos indicam que a intervenção não apenas promoveu alívio emocional, mas também atuou como dispositivo de reafirmação identitária, especialmente para aqueles historicamente silenciados em espaços institucionais e sociais.

A categoria também evidenciou que a participação na intervenção contribuiu para o fortalecimento da autoestima, o reconhecimento do próprio valor e a superação de estigmas internalizados entre os participantes, especialmente aqueles em situações de maior vulnerabilidade social. O processo de escuta mútua, acolhimento e troca de experiências favoreceu a reconstrução de narrativas pessoais mais afirmativas, promovendo um empoderamento subjetivo com repercussões positivas na forma como os cuidadores se percebem e se posicionam frente aos desafios cotidianos.

Esse achado converge com o estudo de Szlamka *et al.* (2024), que destaca o papel dos grupos de apoio centrados no cuidador como contextos potenciais de empoderamento individual e coletivo. Segundo os autores, essas intervenções não apenas oferecem suporte emocional, mas também criam condições para que os cuidadores reafirmem suas identidades, rompam com o isolamento e se reconheçam como sujeitos ativos, mesmo em contextos adversos. Assim, o fortalecimento da

identidade pessoal emergiu como um dos efeitos mais potentes e subjetivamente transformadores da experiência compartilhada no grupo.

Os relatos dessa categoria indicam que, além do suporte emocional, a experiência grupal possibilitou um processo de reconstrução identitária, no qual os cuidadores passaram a se perceber de forma mais positiva e fortalecida frente aos desafios do cuidado.

Esse resultado dialoga com os achados de Kaniyamattam e Oxley (2023), que apontam o papel central do apoio social na promoção da autoestima e no fortalecimento da identidade de cuidadores em contextos de vulnerabilidade. Os autores demonstram que a troca de experiências em ambientes seguros e empáticos pode atenuar sentimentos de isolamento, ampliar o senso de pertencimento e contribuir para uma reformulação mais saudável da autoimagem dos cuidadores. Assim, o grupo atuou como espaço de empoderamento simbólico e relacional, reafirmando a potência do cuidado coletivo na construção de subjetividades mais resilientes.

6.5.9 Categoria Valorização da Troca no Coletivo

A categoria "A valorização da troca no coletivo" evidencia a relevância da escuta ativa e do compartilhamento de experiências pessoais na formação de vínculos afetivos e na reconstrução do senso de pertencimento social. O intercâmbio de histórias de vida, mediado por empatia e reconhecimento mútuo, proporcionou aos participantes uma experiência relacional significativa, na qual a sensação de ser ouvido e acolhido fortaleceu o sentimento de utilidade e de integração ao grupo.

Esses resultados estão em consonância com a proposta de Baumeister e Leary (1995), que argumentam que a necessidade de pertencimento é uma motivação humana fundamental, expressa na busca por conexões interpessoais estáveis e acolhedoras. De acordo com os autores, vínculos afetivos significativos são essenciais para o bem-estar psicológico, enquanto a ausência de pertencimento está associada ao sofrimento emocional. No contexto desta pesquisa, a escuta das histórias alheias, somada à liberdade para compartilhar experiências pessoais, configurou-se como

uma estratégia eficaz para o fortalecimento da coesão grupal e a reconstrução simbólica dos laços sociais.

Adicionalmente, Kolchraiber *et al.* (2025), em estudo com metodologia participativa, demonstram que espaços coletivos de escuta e compaixão promovem a diminuição da percepção de vulnerabilidade individual e ampliam o bem-estar subjetivo. A escuta compassiva, vivenciada neste estudo por meio do acolhimento das narrativas dos participantes, não apenas favorece a empatia e identificação, mas também amplia o sentimento de pertencimento, em que o sofrimento compartilhado é ressignificado como uma experiência comum e legitimada.

Os achados também podem ser interpretados à luz das evidências apresentadas por Baek *et al.* (2023), que demonstram que a percepção de alinhamento com a comunidade facilita o compartilhamento de informações e experiências pessoais. Quando os indivíduos percebem valores ou vivências comuns entre os membros de um grupo, tornam-se mais propensos a se engajar em trocas comunicacionais significativas, favorecendo a confiança, o pertencimento e o fortalecimento das relações interpessoais. Neste estudo, essa percepção de alinhamento foi evidenciada pela disposição dos participantes em compartilhar suas histórias, ao se reconhecerem nas narrativas dos outros, o que ampliou o sentimento de coesão grupal.

Barros e Calais (2025), ao investigarem práticas de cuidado em contextos de acolhimento institucional, destacam a importância das relações baseadas no afeto e na escuta ativa como elementos essenciais para a construção de vínculos significativos. As autoras afirmam que a qualidade da escuta, quando genuína, empática e desprovida de julgamento, constitui uma prática de cuidado em si mesma, fortalecendo a sensação de segurança emocional e reconhecimento subjetivo. Essa perspectiva alinha-se diretamente aos achados desta pesquisa, na qual a troca no coletivo foi vivenciada como um espaço de cuidado mútuo e de reconstrução simbólica do valor individual por meio do olhar e da escuta do outro.

Dessa forma, a valorização da troca no coletivo não apenas cumpre uma função comunicacional, mas estabelece-se como ferramenta potente de cuidado, vínculo e pertencimento, reafirmando a centralidade das experiências compartilhadas na promoção da saúde emocional e relacional dos participantes.

6.5.10 Categoria Avaliação Afetiva do Projeto

A avaliação afetiva do projeto foi predominantemente positiva, destacando-se relatos que expressam gratidão, reconhecimento e desejo de continuidade das atividades. A expressão “vou levar para a vida” sintetiza o impacto duradouro da intervenção na trajetória dos participantes, refletindo não apenas a satisfação imediata com a experiência, mas também a internalização de seus efeitos no nível subjetivo e emocional.

Esse tipo de resposta afetiva encontra respaldo na literatura sobre intervenções baseadas em gratidão, especialmente no campo da Psicologia Positiva. De acordo com Diniz *et al.* (2023), práticas intencionais de gratidão estão associadas a melhorias no bem-estar subjetivo, intensificação de afetos positivos e à construção de sentido nas experiências pessoais. Os autores indicam que tais intervenções favorecem a reconfiguração das percepções individuais sobre si mesmos, os outros e seus próprios recursos emocionais, promovendo respostas mais adaptativas aos desafios cotidianos.

Adicionalmente, um ensaio clínico randomizado publicado por Moretti, Santorelli e Pivetti (2019), evidenciou que intervenções de gratidão são eficazes na promoção da felicidade, esperança e bem-estar emocional, mesmo após um curto período de aplicação. Os efeitos duradouros observados nos participantes deste estudo — expressos pela ideia de “levar para a vida”, alinham-se diretamente com esses achados, sugerindo que a experiência proporcionada pela intervenção foi além do encontro em si, gerando repercussões significativas na identidade e nas relações interpessoais dos participantes.

Embora a maioria das pesquisas sobre gratidão seja conduzida em contextos clínicos ou educacionais, também existem evidências de sua eficácia em ambientes organizacionais. Komase, Akiyama e Kawakami (2021), ao realizarem uma revisão sistemática com populações de trabalhadores, identificaram que intervenções breves de gratidão podem contribuir para a melhora da saúde mental e o fortalecimento do bem-estar geral. Apesar das variações nos efeitos conforme o contexto e a metodologia utilizada, o fator comum observado é a capacidade da gratidão de atuar como um fator de proteção psicológica e de reforço positivo nas experiências individuais e coletivas.

Portanto, os relatos dos participantes sobre os efeitos afetivos do projeto não apenas confirmam a relevância subjetiva da intervenção, mas também indicam que a experiência vivenciada ativou dimensões emocionais duradouras, alinhando-se com os benefícios descritos na literatura científica sobre intervenções baseadas em gratidão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação evidenciou a pertinência e os efeitos benéficos das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no contexto do cuidado familiar de crianças neurodivergentes. A adoção de uma abordagem metodológica mista, combinando procedimentos quantitativos e qualitativos, permitiu uma compreensão abrangente dos impactos da intervenção sobre a qualidade de vida, os níveis de ansiedade e a percepção de estresse dos participantes.

Os dados qualitativos indicaram a centralidade do acolhimento e do sentimento de pertencimento no ambiente grupal. Esses elementos mostraram-se fundamentais para o estabelecimento de vínculos afetivos, para a escuta empática e para a valorização das trajetórias individuais e coletivas. Tal dinâmica favoreceu o fortalecimento do autocuidado, demonstrando que sua prática pode ser sustentada mesmo diante das intensas demandas associadas ao cuidado informal. As transformações cognitivas e reflexivas relatadas pelos participantes, aliadas à viabilidade de incorporar as PIC's ao cotidiano familiar, sugerem que intervenções com essas características tendem a apresentar maior potencial de adesão, continuidade e efetividade. Entre os benefícios observados, destacam-se o fortalecimento da autoestima, a superação de estigmas e melhorias na saúde física e emocional, reforçando a relevância de estratégias terapêuticas alinhadas às realidades socioculturais dos cuidadores.

A análise desses achados reforça a importância de políticas públicas que promovam práticas de cuidado integral, especialmente no âmbito do SUS. A institucionalização das PIC's e o fortalecimento de ações voltadas ao bem-estar integral estão alinhados ao princípio da atenção humanizada, recentemente incorporado como diretriz do SUS. Esse princípio enfatiza a escuta qualificada, o acolhimento e o respeito às singularidades, reconhecendo o indivíduo em sua totalidade e ampliando o potencial terapêutico das intervenções. Nesse contexto, a oferta de práticas grupais humanizadas revela-se particularmente relevante. A criação de espaços coletivos favorece o compartilhamento de experiências, o fortalecimento de vínculos e a formação de redes de apoio, fatores que podem contribuir para a redução da demanda por atendimentos individuais e para a otimização dos recursos no SUS. Ao ampliar o acesso por meio de abordagens coletivas e integrativas, o

sistema de saúde torna-se mais resolutivo, acessível e sensível às necessidades reais da população.

O estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. A amostra reduzida, especialmente no grupo intervenção ($n = 6$), restringe a generalização dos achados e sua extrapolação para outros contextos socioeconômicos e culturais. Ademais, a pesquisa foi conduzida em uma área geográfica específica, o que pode não refletir a diversidade existente em outras regiões. Tais limites reforçam a necessidade de estudos futuros com amostras maiores, mais diversificadas e metodologias que incluam randomização e acompanhamento longitudinal, permitindo avaliar com maior precisão a eficácia e a durabilidade das intervenções.

Investigações futuras devem, também, contemplar dimensões psicossociais adicionais, como resiliência, suporte social, burnout, saúde mental e qualidade do sono, a fim de ampliar a compreensão sobre os efeitos das PIC's na vida dos cuidadores. A exploração de intervenções multidisciplinares, envolvendo abordagens psicológicas, educativas e fisioterapêuticas, e o uso de tecnologias digitais para apoio remoto podem contribuir para identificar estratégias inovadoras e mais acessíveis. Além disso, estudos econômicos que avaliem a viabilidade e o custo-efetividade dessas práticas são essenciais para subsidiar decisões em políticas públicas e orientar sua implementação em larga escala.

Por fim, o presente estudo contribui para o avanço do conhecimento sobre intervenções psicossociais destinadas a familiares e cuidadores de crianças neurodivergentes. Os resultados indicam que práticas integrativas associadas ao suporte grupal constituem estratégias efetivas para a melhoria da qualidade de vida e para o fortalecimento emocional desses cuidadores. Essa perspectiva reforça a importância de compreender o ser humano em sua totalidade — física, emocional, mental, social e espiritual — e destaca a atenção humanizada como eixo central na organização das práticas de saúde no SUS. A integração entre PICs e políticas públicas orientadas pela humanização representa, portanto, um caminho promissor para a consolidação de um sistema de saúde mais inclusivo, equitativo e responsivo às demandas contemporâneas.

REFERÊNCIAS

ABREU, T. **O que é neurodiversidade?** Goiânia: Câne Editorial, 2022. 68 p.

ISBN 978-65-88321-12-6.

ALENCAR, H. F.; BARBOSA, H. F.; GOMES, R. V. B. **Neurodiversidade**: aspectos históricos, conceituais e impactos na educação escolar. In: Escola em tempos de conexões. Volume 2. Recife: Editora Realize, 2021. ISBN 978-65-86901-50-4.

Disponível em:

https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/conedu/2021/ebook2/TRABALHO_EV150_MD7_SA100_ID4942_14102021072507.pdf. Acesso em: 02 fev. 2025.

ARAÚJO, J. C. de; ANDRADE, M. E. R. de. Grupos de apoio psicossocial como estratégia de cuidado em saúde mental: vínculos, partilha e ressignificação de experiências. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 259–275, 2021. Disponível em:

<https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220709617.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2025.

ARMSTRONG, T. **Neurodiversity**: Discovering the Extraordinary Gifts of Autism, ADHD, Dyslexia, and Other Brain Differences. Da Capo Lifelong Books (2010, 1ª edição).

ARMSTRONG, T. **The Power of Neurodiversity**: Unleashing the Advantages of Your Differently Wired Brain. Cambridge, MA: Da Capo Press, 2010. Disponível em: <http://dickyricky.com/books/psych/The%20Power%20of%20Neurodiversity%20-%20Thomas%20Armstrong.pdf>. Acesso em: 2 maio 2025.

BAEK, E. C.; HYON, R.; LÓPEZ, K.; PORTER, M. A.; PARKINSON, C.. **Perceived community alignment increases information sharing**. arXiv:2304.13796 [q-bio.NC], 2023. [Acessado em 30 jul. 2025]. Disponível em:

BARBOSA, M. A. M.; CHAUD, M. N.; GOMES, M. M. F. Vivências de mães com um filho deficiente: um estudo fenomenológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 46–52, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/apel/a/5RK8YV6cdnmRmf8N8Pry66L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BARDIN, L. (2011). **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70.

BARROS, A. L. O. *et al.* Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3625–3634, nov. 2017.

BARROS, B. C. S. de *et al.* **Sobrecarga de mães de Pessoas com Deficiências**. *PsicolArgum*, v. 43, n. 120, p. 157-176, 2025.

BARROS, M. B.; CALAIS, L. B. de. Práticas de cuidado em contexto de Acolhimento Institucional: perspectivas de vínculo e afeto // Care practices in a children shelters: a bonds and affection perspective. **Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 16, p. e025001,

2025. DOI: 10.36517/revpsiufc.16.2025.e025001. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/93168>. Acesso em: 30 jul. 2025.

BATTANTA, N.K., JENNI, O.G., SCHAEFER, C. **Autism spectrum**: parents' perspectives reflecting the different needs of different families. *BMC Pediatr* 24, 439 (2024).

BAUMEISTER, R. F., e LEARY, M. R. (1995). **The need to belong**: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.

BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G. e STEER, R. A. **An inventory for measuring clinical anxiety**. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897, 1988.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. DE. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 10, p. 2074–2075, out. 2011.

BLIACHERIS, M. W.; HERNANDEZ, A. R. C. **O movimento social da neurodiversidade e a consciência política autista**. *Revista Psicologia Política*, v. 24, e24081, 2024. Dossiê Psicologia e Políticas da Deficiência: Ativismos, aleijamentos e a luta anticapacitista. ISSN 2175-1390.

BRANDÃO, M. F. *et al.* **Características socioeconômicas, demográficas e nutricionais de crianças com transtorno do espectro autista**. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 28 fev. 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/65621>

BRASIL. **Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, para incluir a atenção humanizada como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 abr. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/Lei/L15126.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: 2. ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2025.

BRITO, P. M. *et al.* **Perfil sociodemográfico de cuidadores de crianças com disfunções neuromotoras na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais da Paraíba (APAE/PB)**. In: *Anais do XXIV Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia e I Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia*, v. 1, n. 1, 2014. Seção Trabalhos de Pesquisa - Eixo I Atenção Integral à Saúde. Disponível em:

[https://revista.redeunida.org.br/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/83?utm_source=chatgpt.com]. Acesso em: 11 nov. 2025.

CARNIELLI, A. **ANAFE entrevista**: Dia Mundial de Conscientização do Autismo é abordado em entrevista especial. Entrevista concedida a Marcos Weiss Bliacheris, 5 abr. 2021. Disponível em: <https://anafenacional.org.br/anafe-entrevista-dia-mundial-de-conscientizacao--do-autismo-e-abordado-em-entrevista-especial/>

CARVALHO, G. B.; SANTEIRO, T. V.; FERREIRA, C. B.; FERNANDES, M. J. M. **Intervenções grupais com familiares cuidadores enlutados e câncer**: revisão integrativa da literatura. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, [S.l.], jan. 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/388682968_Intervencoes_grupais_com_familiares_cuidadores_enlutados_e_cancer_revisao_integrativa_da_literatura. Acesso em: 20 jun. 2025.

CHAIM, M. P. M.; COSTA NETO, S. B. da; PEREIRA, A. F.; GROSSI, F. R. S. Qualidade de vida de cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: revisão da literatura. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 9-34, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072019000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2025. DOI: <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v19n1p9-34>. ISSN 1519-0307.

CLONINGER, M. G.; PRUTKIN, J. M.; CROSBY, S. E.; RIGGS, J. E.; SMITH, C. **The importance of differential diagnosis in neurodevelopmental disorders**: implications for IDEIA. ResearchGate, jan. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/260294334>

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385–396, 1983.

COHEN, S; WILLIAMSON, G. M. **Perceived stress in a probability sample of the United States**. Newbury Park, CA: Sage, 1988.

CORREA, M. B.; DE QUEIROZ, S. S. **A família é o melhor recurso da criança**: análise das trocas sociais entre mães e crianças com transtorno do espectro do autismo. *Ciências & Cognição*, v. 22, n. 1, 2017.

CRESWELL, J. W. **Research design**: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2014.

CUNHA, C.; SANTOS, R. G. H; CARLOS, D.M. O filho com transtorno global do desenvolvimento: percepções de mães sobre cuidados cotidianos. **Revista Família**, n. 2, pág. 98–106, 2016. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1646/1494>. Acesso em;12, fev, 2025.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

DAYNES-KEARNEY, R.; GALLAGHER, S. Online support groups for family caregivers: A qualitative exploration of social support and engagement. **British Journal of Health Psychology**, [S. l.], v. 30, n. 1, e12764, fev. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12764>. Acesso em: 29 jul. 2025.

DHARMAWARDENE, M.; GIVENS, J.; WACHHOLTZ, A.; MAKOWSKI, S.; TJIA, J. A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. **BMJ Supportive & Palliative Care**, London, v. 6, n. 2, p. 160–169, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000819>. Acesso em: 28 jul. 2025.

DWYER, P. **The neurodiversity approach(es)**: what are they and what do they mean for researchers? *Human Development*, Basel, v. 66, n. 2, p. 73-92, May 2022.

ESPER, M. V.; NAKAMURA, E. Saúde mental da criança e estratégia de saúde da família: FORTALEZAS E DESAFIOS. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 17, n. 51, p. 15–34, 2025. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/98776>. Acesso em: 28 jul. 2025.

ESPER, M. V.; SANTOS, M. A. dos; WENDLAND, J.; NASCIMENTO, L. Grupo de apoio com pais de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. *Revista Educação Especial*, Santa Maria, v. 37, n. 1, e53/1–19, 2024. DOI: 10.5902/1984686X88907. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/88907>. Acesso em: 21 jun. 2025.

FAÉ, I. G.; AZEVEDO, P. G. de; SALES, A. L. B. C.; RIBEIRO, P. C.; MARES, Y. S.; MELO, F. M.; LOMBARDI, A. B. Diagnóstico diferencial entre transtornos de espectro autista e transtorno específico de linguagem receptivo e expressivo: uma revisão integrativa. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 28, supl. 6, e-S280609, 2018.

FERREIRA, S. S.; OLIVEIRA, M. S.; SILVA, P. S. **A terapia de grupo como proposta de cuidado para mães de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento**. *Visões da Educação Especial*, [S. l.], edição 12, art. 2, 2023. Disponível em: https://fsma.edu.br/visoes/edicoes-antteriores/docs/12/Edicao_12_artigo_2.pdf. Acesso em: 21 jun. 2025.

FIGUEIREDO, J. P. D.; CARDOSO, L. M.; AMORIM, M. L. C. O perfil socioeconômico de mães de pessoas com deficiência. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, e50111436570, 2022

FUNK, J.; MORNEAU-VAILLANCOURT, G.; PALAIOLOGOU, E.; ELEY, T. C. Heritability of generalized anxiety stability: a longitudinal twin study among young adults. **Psychological Medicine**, 2025, v. 55, e180.

GILBERT, P. **The compassionate mind**: A new approach to life's challenges. London: Constable, 2009.

GOMES, M. A.; MAHEIRIE, K.; CORRÊA, B. Jovens em vulnerabilidades psicossociais: grupo como lugar de acolhimento e subjetivação política. **Psicologia em Estudo**, v. 27, 2022, p. 1–10.

GONÇALVES, A. G. **Quantidade de neurodivergentes levanta necessidade de debate sobre o assunto**. Disponível em: <https://cfa.org.br/numero-de-neurodivergentes-levantam-a-necessidade-de-debate-sobre-o-assunto/>. Acesso em: 10 mar. 2025.

GRAY, D. E. Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed: felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. **Sociology of Health & Illness**, v. 24, p. 734-749, 2002.

GU, X.; XIAO, S.; WANG, L.; GAO, W.-Y.; LIU, X. Q. Prevalence of psychological problems among caregivers of children and adolescents with neurodevelopmental disorders during the COVID-19 pandemic: a meta-analysis and systematic review. **Research in Developmental Disabilities**, v. 143, p. 104632, dez. 2023.

GUERRA, P. H.; SOARES, H. F.; MAFRA, A. B.; CZARNOBAL, I.; CRUZ, G. A.; WEBER, W. V.; FARIAS, J. C. H.; LOCH, M. R.; RIBEIRO, E. H. C. Intervenções educativas para atividade física em adultos brasileiros: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 110, dez. 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003236. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fVnNPLXmVQQ8PFCw3xvnbvs/?lang=pt>

HAQUE, M. A.; SALWA, M.; SULTANA, S.; TASNIM, A.; TOWHID, M. I. I.; KARIM, M. R.; ABDULLAH AL MAMUN, M. Parenting stress among caregivers of children with neurodevelopmental disorders: a cross-sectional study in Bangladesh. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 26, n. 2, p. 407-419, 22 abr. 2021.

HASTINGS R. P. **Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism**. J Intellect Disabil Res. 2003 May-Jun;47(Pt 4-5):231-7.

HAYES, S. A.; WATSON, S. L. 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**, v. 43, n. 3, p. 629–642, 2013.

IAO, Lai-Sang. Editorial: Wellbeing in parents of neurodivergent children. **Frontiers in Psychiatry**, Basel, v. 15, 2024. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1480313. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2024.1480313>

JULIAN, L. J. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). **Arthritis Care & Research (Hoboken)**, [S.l.], v. 63, supl. 11, p. S467–S472, nov. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.20561>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879951/>. Acesso em: 28 jul. 2025.

KANIAMATTAM, M.; OXLEY, J. Análise qualitativa do apoio social para cuidadores de crianças com distúrbios do neurodesenvolvimento no sul da Índia. **Research in**

Developmental Disabilities, [S. l.], v. 138, p. 104539, jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104539>. Acesso em: 29 jul. 2025.

KARING, C.; OELTJEN, L. A longitudinal study of the psychological predictors of mental health and stress among university students during the COVID-19 pandemic in Germany. **Current Psychology**, v. 43, p. 35722–35735, 2024.

KAUR, M.; KAUR, S. Concept of quality of life in health care research: a review. **International Journal of Community Medicine and Public Health**, v. 10, n. 10, p. 3931–3937, 2023.

KHANH, T. L.; MA, T. L. A. Stigma among parents of children with autism: an integrative review. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, [S.l.], v. 27, n. 3, p. 530–548, 2023. DOI: 10.60099/prijnr.2023.261650. Disponível em: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/261650>. Acesso em: 5 fev 2025.

KIRBY, A.; SMITH, T. **Neurodiversity at Work**: Drive Innovation, Performance and Productivity with a Neurodiverse Workforce. Londres: Kogan Page, 2021. Disponível em: <http://dickyricky.com/books/psych/Neurodiversity%20at%20Work%20-%20Amanda%20Kirby.pdf>. Acesso em: 3 mar 2025.

KLEIN, O.; WALKER, C.; AUMANN, K.; ANJOS, K.; TERRY, J. Peer support groups for parent-carers of children with attention deficit hyperactivity disorder: The importance of solidarity as care. **Disability & Society**, London, v. 34, n. 9-10, p. 1445–1461, 2019.

KOLCHRAIBER, F. C.; TANAKA, L. H.; NEGI, L. T.; NUNES, R. L. S.; SOUZA, E. S.; SOUZA, K. M. J. Vulnerabilidade, meditação em compaixão e bem-estar: pesquisa participante baseada na comunidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e350114, 2025.

KOMASE, Y.; AKIYAMA, H.; KAWAKAMI, N. Effects of the collective gratitude on work engagement: A multilevel cross-sectional study. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 64, n. 11, p. e729-e735, nov. 2022.

KUHLTHAU, K., PAYAKACHAT, N., DELAHAYE, J., HURSON, J., PYNE, J. M., KOVACS, E., & TILFORD, J. M. (2014). **Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders**. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.

LLAPA R., E. O.; DA SILVA, G. G.; NETO, D. L.; LÓPEZ MONTESINOS, M. J.; SEVA LLOR, A. M.; GOIS, C. F. L. Uso de práticas integrativas e complementares no tratamento de estresse ocupacional: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia (Espanha), v. 14, n. 39, p. 291-303, jul. 2015. DOI: 10.6018/eglobal.14.3.216901. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_revision2.pdf . Acesso em: 29 jul. 2025.

LOPES, V. A. F. S. **O estresse de pais e cuidadores de crianças com transtorno do espectro do autismo**: uma revisão da literatura nacional. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas,

Programa de Pós-Graduação em Transtornos do Espectro do Autismo, 2020. Monografia de especialização. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/49c402f8-625e-4a0e-b328-2e6e9e7bcbd1/content>.

MAENNER M.J., WARREN Z., WILLIAMS A.R. **Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years** — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ 2023;72(No. SS-2):1–14

MANCIL, G. R.; BOYD, B. A.; BEDESEM, P. Parental stress and autism: are there useful coping strategies? **Education and Training in Developmental Disabilities**, v. 44, n. 4, p. 523–537, 2009.

MARQUES, J. P. C.; FREITAS, C. A. S. L.; MELO, S. M.; MAZZA, V. D. A.; DA SILVA, M. A. M.; ROSA, B. S. C. Perfil sociodemográfico de famílias de crianças com transtorno do espectro autista. Sanare – **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 2, 2021.

MARTINEZ, S.; STOYANOV, K.; CARCACHE, L. Unraveling the spectrum: overlap, distinctions, and nuances of ADHD and ASD in children. **Frontiers in Psychiatry**, v. 15, p. 1387179, 2024.

MASSOLI, L. P. de O.; ALVES, S. C.; ESPER, M. V. Contexto familiar de crianças com deficiência. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v. 28, n. 29, p. 7-20, 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542020000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2025. <https://doi.org/10.37388/CP2020/v28n29a02>.

MATSUKURA, T. S. *et al.* Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 13, n. 3, p. 415–428, set. 2007.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J.; BORASCHE, G. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 13, n. 3, p. 415–428, 2007.

MÉNDEZ-LARA, L. A.; RAMIREZ-RODRIGUEZ, R.; SANTOS, E.; PUIG-LAGUNES, A. Comparative analysis of stress levels and coping strategies in parents of neurodivergent and neurotypical children. **Frontiers in Child & Adolescent Psychiatry**, v. 4, p. 1619993, 2025.

MIGUEL, S. L. **Os impactos da diversidade socioeconômica no desenvolvimento de crianças autistas**. Itatiba /SP: Universidade São Francisco, 2020. Monografia (Curso de Pedagogia). Disponível em: <https://www.usf.edu.br/galeria/getImage/768/98476510127723.pdf>.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA SILVA, S. F. V.; BRITO, C. B. DE; RIBEIRO, A. B.; MESQUITA, E. DE L.; CRISPIM, R. B.; NUNES, P. P. DE B. **Qualidade de vida dos cuidadores familiares de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.** *Ciências & Cognição*, v. 25, n. 1, p. 117-126, 13 dez. 2020.

MISQUIATTI, A. R. N.; BRITO, M. C.; FERREIRA, F. T. S.; JUNIOR, F. B. A. Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 1, p. 192-200, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/3pfYytcbXMZxHhHFNFpwWHP/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

MORAES, M. N. de. **Sobrecarga em mulheres que cuidam de crianças e adolescentes com transtornos mentais.** 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/21086/1/MarinaNascimentoDeMoraes_Tese.pdf

MORETTI, L.; SANTORELLI, G.; PIVETTI, M. The effectiveness of a gratitude intervention in promoting emotional well-being: **A randomized controlled trial.** *Frontiers in Psychology*, v. 10, art. 584, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00584/full>

MORRIS-ROSENDAHL, D. J.; CROCQ, M. A. **Neurodevelopmental disorders – the history and future of a diagnostic concept.** *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 22, n. 1, p. 65-72, mar. 2020.

NASCIMENTO, L. A. DO.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 103–121, jan. 2019.

NEFF, K. D.; FASO, D. J. **Self-compassion and well-being in parents of children with autism.** v. 6, n. 4, p. 938–947, 2015.

OGUNDELE, M. O.; MORTON, M. J. S. Subthreshold Autism and ADHD: A Brief Narrative Review for Frontline Clinicians. **Pediatric Reports**, v. 17, n. 2, p. 42, 2025.

OKOYE, C.; OBILO-IBEAUWUCHI, C. M.; OBAJEUN, O. A.; SARWAR, S.; TAWFIK, C.; WALEED, M. S.; WASIM, A. U.; MOHAMOUD, I.; AFOLAYAN, A. Y.; MBAEZUE, R. N. Early diagnosis of autism spectrum disorder: a review and analysis of the risks and benefits. **Cureus**, v. 15, n. 8, p. e43226, 9 ago. 2023.

OLIVEIRA, A. P. F.; ALVES, L. S.; PAIXÃO, G. M.; VIEIRA, A. C. S.; ROCHA, M. L. C.; CORRÊA, V. A. C. Sobre as ocupações de pais de crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 32, 2024, p. e3607.

OMS [Organização Mundial da Saúde]. (1995). **Quality of life assessment:** position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403-1409.

OMS Organização Mundial de Saúde: Divisão de Saúde Mental, **Grupo WHOQOL, versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida** (WHOQOL) 1998. Procedimentos de aplicação do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Bref [internet] 1998 Set [citado 2009 Out 22].

OTSUKA, M. Y. C.; PEREIRA, R. A.; FONSECA, D. S.; SILVA, M. L. B.; SANTOS, A. L.; LIMA, V. R. Perfil socioeconômico de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral de uma instituição especializada na cidade de Goiânia. **Revista Acervo Saúde**, v. 8, n. 3, 2015. Publicado em 10 ago. 2016. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/3939>. Acesso em: 11 nov. 2025.

PACHECO, V. S. S. **Prevalência dos transtornos do neurodesenvolvimento: uma revisão sistemática**. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia, Avaliação e Atenção à Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 13 maio 2021. Disponível em: <https://ri.ufrb.edu.br/jspui/handle/123456789/2806>. Acesso em: 10 fev. 2025.

PAIXÃO, D. P. *et al.* Saúde mental de mães de crianças com deficiência: uma revisão de escopo. In: PAIXÃO, D. P. *et al.* (Org.), **Educação, Trabalho e Saúde: Caminhos e possibilidades em tempos de pandemia – Volume 2**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2022. Cap. 15, p. 191–202. DOI: 10.37885/220709617. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220709617.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2025.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? **International Psychogeriatrics**, v. 18, n. 4, p. 577–595, 2006.

PURPURA, G.; TAGLIABUE, L.; PETRI, S.; CERRONI, F.; MAZZARINI, A.; NACINOVICH, R. **Caregivers' burden of school-aged children with neurodevelopmental disorders**: implications for family-centred care. *Brain Sciences*, v. 11, n. 7, p. 875, 30 jun. 2021.

RANTA, K.; SAARIMÄKI, H.; GUMMERUS, J.; VIRTANEN, J.; PELTOMÄKI, S.; KONTU, E. Psychological interventions for parents of children with intellectual disabilities to enhance child behavioral outcomes or parental well-being: a systematic review, content analysis and effects. **Journal of Intellectual Disabilities**, London, v. 29, n. 2, p. 500–535, jun. 2025. DOI: 10.1177/17446295241302857. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17446295241302857>. Acesso em: 15 jul. 2025.

REIS, L. **Neurodiversidade**: olhando o potencial das diferenças como estratégia. *Lab Network*, 08 abr. 2024. Disponível em: <https://www.labnetwork.com.br/noticias/neurodiversidade-olhando-o-potencial-das-diferencas-como-estrategia/>. Acesso em: 21 jan. 2025.

REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. Perceived Stress Scale reliability and validity study in Brazil. **Journal of health psychology**, v. 15, n. 1, p. 107–114, 2010.

RESENDE, B. D.; ARANTES, I. S.; SILVA, F. A. R.; MORAES, C. V.; GOMES, H. S. C.; PEREIRA, R. F. Impacto e sobrecarga familiar em cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência intelectual. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” (RESAP)**, v. 9, 2023.

REZENDES, D. L.; SCARPA, A. **Associations between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders**: the roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Autism Research and Treatment*, v. 39, p. 51-90, 2011.

RODRIGUES, M. S.; FREITAS, P. M. Estresse materno e a influência da personalidade no enfrentamento do autismo-estudo de revisão. **Psicologia Argumento**, [S. l.], v. 40, n. 110, 2022. DOI: 10.7213/psicologum.40.110.AO12. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27415>. Acesso em: 3 mar. 2025.

ROMMELE, N.; VISSER, J.; HARTMAN, C. **Differentiating between ADHD and ASD in childhood**: some directions for practitioners. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 27, p. 679-681, 2018.

RUIDIAZ-GÓMEZ, K. S.; CACANTE-CABALLERO, J. V. Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. **Revista Ciencia y Cuidado**, Cúcuta, v. 18, n. 3, p. 96–109, set./dez. 2021. ISSN 1794-9831. Disponível em: <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>. Acesso em: 2 mar 2025.

SAMADI, A. S.; MCCONKEY, R.; BUNTING, B. Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. **Research in Developmental Disabilities**, v. 35, n. 7, p. 1639–1647, 2014.

SANTOS, D. B. C.; CARDOSO, L. C. C.; TORALES, A. P. B.; REIS, F. P.; OLIVEIRA, C. C. da C.; LIMA, S. O. Qualidade de vida e sobrecarga de mães de crianças com microcefalia. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 45, p. 55995, dez. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i45.49858>. Acesso em: 28 nov. 2025.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2004.

SCHALOCK, R. L. **The concept of quality of life**: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, v. 48, n. 3, p. 203-216, mar. 2004.

SILVA, J. O. C. da. **Desenvolvimento como Liberdade**. Lisboa: Faculdade de Economia do Porto (FEP), 2010. Disponível em: https://www.fep.up.pt/docentes/joao/material/desenv_liberdade.pdf. Acesso em: 02 jul. 2025

SILVA, M. A.; WENDT, G. W.; ARGIMON, I. I. L. **Inventário de depressão de beck II**: análises pela teoria do traço latente. *Aval. psicol.*, Itatiba, v. 17, n. 3, p. 339-350, 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-

04712018000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2025.
<https://doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14651.07>.

SILVA, P. A. B.; SOARES, S. M.; SANTOS, J. F. G.; SILVA, L. B. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 390–397, jun. 2014. Disponível em: SciELO. Acesso em: 10 jul. 2025.

SINGER, J. **Neurodiversity: The birth of an idea**. 2. ed., rev. [eBook Kindle]. Author, 2017.

SKEVINGTON, S. M.; EPTON, T. How will the sustainable development goals deliver changes in well-being? A systematic review and meta-analysis to investigate whether WHOQOL-BRIEF scores respond to change. **BMJ Global Health**, v. 3, supl. 1, p. e000609, 6 jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000609>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5759710/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SZLAMKA, Z.; SEBASTIÁN, C.; HANLON, C.; HOEKSTRA, R. A. Caregiver-centred empowerment for families raising autistic children: A qualitative case study from Argentina. **Autism**, [S. l.], v. 28, n. 11, p. 2768–2778, nov. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/13623613241238254>. Acesso em: 29 jul. 2025.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

TINOCO, V. C.; DORNELA, T. T.; CASTRO, G. G.; PERES, T. S. Estresse em Mães com Filhos Diagnosticados com Autismo. **Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande**, v. 14, n. 4, p. 35-42, 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **Entenda o que é neurodiversidade e por que é uma luta também política**. *Humanista*, 6 nov. 2024. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2024/11/06/entenda-o-que-e-neurodiversidade-e-por-que-e-uma-luta-tambem-politica/>. Acesso em: 2 maio 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **Neurodiversidade**: o que é e como impacta os processos sociais e de aprendizagem. Instituto de Biociências da UFRGS, [2024]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/biociencias/neurodiversidade-o-que-e-e-como-impacta-os-processos-sociais-e-de-aprendizagem/>. Acesso em: 2 maio 2025.

VALDERRAMA, A.; MARTINEZ, A.; CHARLEBOIS, K.; GUERRERO, L.; FORGEOT D'ARC, B. **Para pessoas autistas por pessoas autistas**: Aceitabilidade de um serviço estruturado de apoio de pares de acordo com as principais partes interessadas. *Health Expectations*, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 463–475, fev. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.13680>. Acesso em: 29 jul. 2025.

VARGAS, N. R. C.; LOPES, C. V.; PORTELINHA, M. K.; BONOW, C. T.; HECK, R. M. Práticas integrativas e complementares em uma organização não-governamental: em busca de um cuidado integral. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.

44, n. 4, p. 55–75, out./dez. 2020. DOI: 10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a3105. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3105/3021> . Acesso em: 28 jul. 2025.

VENKATESAN, A.; KRYMIS, H.; SCHARFF, J.; WABER, A. **Changes in perceived stress following a 10-week digital mindfulness-based stress reduction program**: retrospective study. *JMIR Formative Research*, [S.l.], v. 5, n. 5, e25078, 25 maio 2021. DOI: 10.2196/25078. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188322/>. Acesso em: 28 jul. 2025.

VERDUGO, M. A.; SCHALOCK, R. L. **From a concept to a theory**: The six eras of quality of life research and application. *Research in Developmental Disabilities*, v. 150, p. 104763, jul. 2024.

WALSH, F. **Strengthening family resilience**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2016, p.15.

WANG, S.; CHONG, Z. Y.; ZHANG, C.; XU, W.. **Longitudinal associations between anxiety and depressive symptoms in adolescence, early adulthood, and old age**: cross-lagged panel network analyses. *Depression and Anxiety*, 2024.

WHOQOL Group. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)**. In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer, 1994. p.41-60.

WONG, F. Y.; YANG, L.; YUEN, J. W. M.; CHANG, K. K. P.; WONG, F. K. Y. **Assessing quality of life using WHOQOL-BREF**: a cross-sectional study on the association between quality of life and neighborhood environmental satisfaction, and the mediating effect of health-related behaviors. *BMC Public Health*, v. 18, n. 1, p. 1113, 12 set. 2018. DOI: 10.1186/s12889-018-5942-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6134517/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

World Health Organization. **Quality of life assessment**. An annotated bibliography. WHO; 1994 (MNH/PSF/94.1).

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:**

Título do projeto:

Nome: Sexo: M() F()	
Idade: RG: Telefones: /	
Endereço Residencial:	
Rua:	Número:
Bairro:	Cidade:
CEP:	Complemento:
Nome de outra pessoa para contato:	
.....	
Grau de parentesco:	
Telefones: /	

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa. Avaliação da qualidade de vida em familiares e cuidadores de crianças neurodivergentes com práticas integrativas e complementares em saúde

Descrição dos procedimentos: Encontros semanais com atividades de Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS).

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Instituição Ambulatório de Saúde Integrativa. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

Viviane Aleixo de Paula Xavier – (42) 99978-2886
--

ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoop@uepg.br (Secretaria)

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto: Viviane Aleixo de Paula Xavier

.....
Concordo/autorizo a participação na pesquisa
Sujeito da pesquisa

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dados Pessoais:		
1. Nome:		
2. Idade:		
3. Gênero:		
☐ Masculino	☐ Feminino	☐ Outro
4. Estado civil:		
☐ Solteiro(a)	☐ Casado(a)	☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)	☐ União estável	
5. Número de filhos:		
6. Cidade e Estado de residência:		
7. Escolaridade:		
☐ Ensino fundamental incompleto	☐ Ensino fundamental completo	☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino superior incompleto	☐ Ensino superior completo	☐ Pós-graduação
8. Profissão:		
9. Renda familiar mensal:		
☐ Até 1 salário mínimo	☐ De 1 a 3 salários mínimos	☐ De 3 a 5 salários mínimos
☐ De 5 a 10 salários mínimos	☐ Acima de 10 salários mínimos	
Dados da Criança Neurodiversa		
10. Idade da criança:		
11. Diagnóstico da criança (ex: TEA, TDAH, dislexia, etc.):		
12. Tempo desde o diagnóstico:		
☐ Menos de 1 ano	☐ 1 a 3 anos	☐ 3 a 5 anos
☐ 6 a 8 anos	☐ 8 a 10 anos	☐ Mais de 10 anos
Saúde e Bem-Estar		

13. Você utiliza medicamentos regularmente?		
☐ Sim		☐ Não
Se sim, quais?		
14. Como você classificaria sua saúde geral?		
☐ Muito boa	☐ Boa	☐ Regular
☐ Ruim	☐ Muito ruim	
15. Você já utilizou ou utiliza práticas integrativas e complementares em saúde?		
☐ Sim		☐ Não
Se sim.		
Quais? _____		
Rede de Apoio e Assistência		
16. Você tem apoio de outros familiares ou amigos no cuidado da criança?		
☐ Sim		☐ Não
17. Você participa de grupos de apoio para familiares e cuidadores de crianças neurodiversas?		
☐ Sim		☐ Não
18. Como o cuidado da criança impacta sua vida social?		
☐ Muito positivamente	☐ Positivamente	☐ Neutro
☐ Negativamente	☐ Muito negativamente	
19. Como o cuidado da criança impacta sua vida profissional?		
☐ Muito positivamente	☐ Positivamente	☐ Neutro
☐ Negativamente	☐ Muito negativamente	

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1.Quão satisfeito(a) você ficou com as práticas oferecidas pelo programa ACOLHER?**
- 2.Como foi para você participar das atividades no grupo ACOLHER? Te ajudaram no cuidado emocional e psicológico?**
- 3.Você sentiu que as práticas oferecidas foram fáceis de integrar em sua rotina?**
- 4.Após participar do projeto, quais as melhorias em sua saúde emocional foram perceptíveis a você?**
- 5. Como a participação dos encontros do projeto acolher te auxiliaram no quesito de sentir melhoras em seu nível de estresse, sono ou bem-estar físico no decorrer do projeto?**
- 6.Quais aspectos da sua vida você sente que foram mais impactados pelas práticas integrativas oferecidas no projeto?**
- 7.De que forma o projeto contribuiu para o seu desenvolvimento e cuidado emocional, psicológico, pessoal ou saúde?**
- 8. Se você pudesse definir em uma frase, ou em uma única palavra, como você se sentiu ao participar do grupo ACOLHER, qual seria a frase ou palavra.**

ANEXO A - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK OU INVENTÁRIO DE BECK (BAI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderada- mente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO B - ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)

A Escala tem como intuito verificar os níveis de estresse. Assim, atribua a melhor alternativa para as seguintes frases:

	Considere os últimos 30 dias	Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Pouco Frequente	Muito Frequente
1	Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?					
3	Com que frequência você esteve nervoso ou estressado?					
4	Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?					
5	Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?					
6	Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer?					
7	Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida?					
8	Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle?					
9	Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle?					
10	Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los?					

Nome: _____ Data: _____

ANEXO C - WHOQOL - BREF

WHOQOL - BREF

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada tomando como referência as duas últimas semanas.

Circule a alternativa que lhe parece mais apropriada e lembre-se, **não há resposta certa ou errada**, pois trata-se de **sua percepção sobre aspectos da vida**.

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- | | | |
|---------------|--------------|---------------------|
| 1. Muito ruim | 2. Ruim | 3. Nem ruim nem boa |
| 4. Boa | 5. Muito boa | |

02. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

- | | | |
|-----------------------|---------------------|------------------------------------|
| 1. Muito insatisfeito | 2. Insatisfeito | 3. Nem satisfeito nem insatisfeito |
| 4. Satisfeito | 5. Muito satisfeito | |

03. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Mais ou menos |
| 4. Bastante | 5. Extremamente | |

04. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Mais ou menos |
| 4. Bastante | 5. Extremamente | |

05. O quanto você aproveita a vida?

- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Mais ou menos |
| 4. Bastante | 5. Extremamente | |

06. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

- | | | |
|---------|----------------|------------------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Mais ou menos |
|---------|----------------|------------------|

4. Bastante 5. Extremamente

07. O quanto você consegue se concentrar?

- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Mais ou menos |
| 4. Bastante | 5. Extremamente | |

08. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Mais ou menos |
| 4. Bastante | 5. Extremamente | |

09. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Mais ou menos |
| 4. Bastante | 5. Extremamente | |

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

- | | | |
|----------|------------------|----------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Médio |
| 4. Muito | 5. Completamente | |

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- | | | |
|----------|------------------|----------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Médio |
| 4. Muito | 5. Completamente | |

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

- | | | |
|----------|------------------|----------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Médio |
| 4. Muito | 5. Completamente | |

13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

- | | | |
|----------|------------------|----------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Médio |
| 4. Muito | 5. Completamente | |

14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

- | | | |
|---------|----------------|----------|
| 1. Nada | 2. Muito pouco | 3. Médio |
|---------|----------------|----------|

4. Muito

5. Completamente

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

1. Muito ruim

2. Ruim

3. Nem ruim nem bom

4. Bom

5. Muito bom

16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1. Muito insatisfeito

2. Insatisfeito

3. Nem satisfeito nem insatisfeito

4. Satisfeito

5. Muito Satisfeito

17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1.Muito insatisfeito

2. Insatisfeito

3. Nem satisfeito nem insatisfeito

4. Satisfeito

5. Muito Satisfeito

18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1. Muito insatisfeito

2. Insatisfeito

3. Nem satisfeito nem insatisfeito

4. Satisfeito

5. Muito Satisfeito

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1.Muito insatisfeito

2. Insatisfeito

3. Nem satisfeito nem insatisfeito

4. Satisfeito

5. Muito Satisfeito

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1.Muito insatisfeito

2. Insatisfeito

3. Nem satisfeito nem insatisfeito

4. Satisfeito

5. Muito Satisfeito

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1.Muito insatisfeito

2. Insatisfeito

3. Nem satisfeito nem insatisfeito

4. Satisfeito

5. Muito Satisfeito

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1. Muito insatisfeito

2. Insatisfeito

3. Nem satisfeito nem insatisfeito

4. Satisfeito 5. Muito Satisfeito

23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito 5. Muito Satisfeito

24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito 5. Muito Satisfeito

25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito 5. Muito Satisfeito

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1. Nunca 2. Algumas vezes 3. Frequentemente
4. Muito frequentemente 5. Sempre