



A prática de Atividade Física em crianças e jovens com perturbação do Espectro do Autismo: a perspetiva dos pais sobre o impacto desta prática na dinâmica familiar

Dissertação apresentada com vista à obtenção do 2º ciclo de Estudos conducente ao grau de Mestre em Atividade Física, Exercício e Saúde, na área de especialização em Atividade Física Adaptada, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, ao abrigo do Decreto-Lei no 74/2006, de 24 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei no 65/2018 de 16 de agosto e com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei no 27/2021, de 16 de abril.

Orientador(a): Professora Doutora Ana Sousa
Coorientador(a): Professora Doutora Raquel Costa

Ana Rita Monteiro da Costa
Porto, 2024

Ficha de catalogação

Costa, A. (2024). “A prática de Atividade Física em crianças e jovens com perturbação do Espectro do Autismo: a perspetiva dos pais sobre o impacto desta prática na dinâmica familiar”. Porto: A. Costa, Dissertação com vista à obtenção do 2º ciclo em Atividade Física, Exercício e Saúde, apresentado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

PALAVRAS-CHAVE: Perturbação do Espectro do Autismo; Atividade Física Adaptada; Entrevistas; Perceção dos Pais; Dinâmica Familiar.

Dedicado aos meus pais,
Porque tudo o que faço será sempre por eles.
Pelo apoio incondicional e amor imensurável...

Agradecimentos

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.” – Fernando Pessoa

A concretização deste estudo só foi possível graças ao acompanhamento, presença, apoio e incentivo de diversas pessoas e organizações, às quais expresso a minha profunda gratidão. Cada contribuição foi essencial para a realização deste trabalho e para o encerramento deste capítulo tão importante na minha vida. Seja através de orientações, apoio emocional ou colaboração prática, todos tiveram um papel fundamental para que este sonho se tornasse realidade, e sou profundamente grata por cada gesto de suporte ao longo desta jornada.

O meu mais especial obrigada às Professoras Ana e Raquel, por embarcarem nesta aventura comigo, pelas aprendizagens e pelo carinho. Por aceitarem de olhos fechados este desafio e o tornarem possível, mesmo quando eu senti que não o seria. Sinto-me verdadeiramente privilegiada por ter tido a oportunidade de trabalhar com vocês e saibam que tudo foi mais simples com as vossas instruções. À Professora Doutora Raquel Costa, por me fazer apaixonar desde cedo por esta área, por me dar a conhecer a atividade física adaptada e por ter mostrado a luz ao fundo do túnel. Obrigada pelo acompanhamento e por aceitar este projeto numa fase tão bonita da sua vida, mas com tantas mudanças. Quero também expressar a minha admiração pela sua dedicação, tanto a nível académico como humano, tratando sempre os seus alunos com uma atenção e sensibilidade exemplares. À Professora Doutora Ana Sousa, o meu mais sincero e profundo agradecimento por aceitar o desafio de orientar este estudo, apesar de não me conhecer enquanto aluna. A sua disponibilidade, apoio e a forma como compreendeu e acreditou nas minhas ideias foram essenciais para a concretização deste trabalho. O seu conhecimento sobre a deficiência e o cuidado com que lida com as pessoas à sua volta são inspiradores. Obrigada pelo carinho e pela palavra amiga no final de cada capítulo.

A palavra família tem o maior e mais bonito significado do mundo e tenho a sorte de quem faz parte dela. Obrigada a vocês que são o exponencial máximo de amor. Ao meu Pai e à minha Mãe, melhores amigos e confidentes, obrigada por me proporcionarem tudo isto e tornarem os meus e os “nossos” sonhos possíveis. Pai obrigada por me ensinares que nada na vida se consegue sem trabalho, obrigada por fazeres tudo por nós.

Mãe, obrigada por cada colo e por cada abraço, por me ensinares que na vida tudo se faz com amor e respeito. Aos meus Avós, por me ensinaram a ser dedicada, como o avô e a sorrir sempre para a vida, como a avó. Ao meu irmão, o meu melhor amigo, a pessoa que olho como exemplo, obrigada por estares presente e me deixares ser presente. Vocês são tudo para mim. Obrigada por serem a calma e a leveza no final do dia. Obrigada por me ensinarem a lutar pelo que quero com afínco e determinação.

Ao meu sobrinho, que é a alegria nos dias mais cinzentos e o amor mais puro que já conheci. Beni, a vida é mais bonita desde que chegaste à nossa família e espero que o meu abraço seja sempre colo e amparo para voares cada vez mais alto.

Ao Júnior, o meu porto seguro. Aquele que me incentiva a ser mais e procurar mais. Aquele que esteve sempre ao meu lado num dos momentos mais desafiantes da minha vida e me ajudou a ultrapassá-lo. Um obrigada por todas as noites mal dormidas, por todas as leituras exaustivas e por todas as horas de dedicação a mim e aos meus, para que eu estivesse sempre confortável durante todo o processo. Um obrigada a ti, que tiveste a paciência e o amor para que chegasse ao fim desta grande etapa. Tenho a certeza de que tudo o que construirmos juntos será sempre uma bonita história e cheia de amor, estou ansiosa por um futuro contigo.

Às minhas amigas, Diana e Filipa, obrigada por cada leitura no cais da piscina, cada discussão sobre tema, cada conselho e aprendizagem. Que gosto foi trabalhar com vocês. Vocês são a prova de que, se gostarmos do que fazemos, não vamos ter de trabalhar um único dia e eu gosto tanto do que fazemos.

À minha Marita, ao meu Meli e à minha Lenita, obrigada por serem a companhia perfeita quando precisava de aliviar a cabeça. Por mostrarem sempre a disponibilidade e o verdadeiro significado da palavra “Amizade”. Os amigos não são para as ocasiões e vocês são a confirmação disso. Obrigada por acompanharem de perto este processo e serem pacientes comigo por todas as vezes que recusei uma saída ou um café em prol deste objetivo.

Ao Professor Pedro Lima e à ADADA que foram casa nos últimos três anos. Ao Pedro por todas as oportunidades e orientações que me deu, por todos os ensinamentos e pela confiança depositada em mim e no meu trabalho ao longo deste tempo. A ADADA, deu-me a oportunidade de conhecer a Deficiência de uma nova perspetiva e ensinou-me muito sobre ela, deu-me a oportunidade de fazer amizades para a vida e a todos vos o meu mais estimado agradecimento.

Aos meus colegas de turma e agora amigos, Lucas e Mara, foi um prazer partilhar aquela sala de reuniões durante estes dois anos. Obrigada pela ajuda, pela palavra amiga e pela partilha de conhecimentos. Quando dizem que o curso não se faz sozinho, este é exatamente o caso. Espero levar-vos para a vida.

E a todos os pais das “nossas” crianças que tornaram este sonho possível. Obrigada por mostrarem tamanha disponibilidade para que tudo fosse simples. Obrigada pela confiança, por me darem a conhecer um bocadinho das vossas vidas e por me deixarem fazer parte delas. Que continuem sempre a procurar e a lutar pela igualdade e equidade.

A todas estas pessoas incomparáveis o meu bem-haja e apreço. Fazem todos parte da minha bonita história.

Índice

Agradecimentos.....	V
Índice.....	VIII
Índice de Tabelas.....	X
Índice de Anexos.....	XI
Resumo.....	1
Abstract.....	2
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	3
1. Introdução.....	4
2. Revisão da Literatura.....	7
2.1.Perturbação do Espectro do Autismo	7
2.1.1. Definição.....	7
2.1.2. Contextualização Histórica.....	8
2.1.3. Etiologia.....	10
2.1.4. Diagnóstico	12
2.1.5. Características.....	14
2.2.Atividade Física Adaptada	16
2.2.1. Benefícios da prática de AFA.....	16
2.2.2. Barreiras para a prática de AFA.....	18
2.2.3. AFA em Crianças e Jovens com PEA.....	20
2.3.Famílias de Crianças e Jovens com PEA.....	22
2.3.1. Papel da família na prática da AFA.....	22
2.3.2. Perceção das famílias da prática da AFA pelos seus filhos.....	23
2.3.3. Impacto da PEA na Saúde Mental dos Familiares.....	24
2.3.4. Impacto da prática da AFA na Saúde Mental em Familiares de crianças e jovens com PEA.....	25
3. Material e Métodos.....	27
3.1.Metodologia.....	27
3.1.1. Desenho do Estudo.....	27
3.1.2. Contexto e Participantes	28
3.2.Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	30

3.2.1. Entrevistas.....	30
3.2.2. Construção do Guião	31
3.2.3. Recolha de Dados	32
3.2.4. Análise Temática	33
4. Apresentação dos Resultados.....	35
4.1.Do diagnóstico à prática de AF.....	35
4.1.1. O diagnóstico e o seu impacto.....	35
4.1.2. Iniciação à prática de AF.....	38
4.2.Benefícios e Barreiras da Prática de AF.....	39
4.2.1. Benefícios da prática de AF.....	39
4.2.2. Obstáculos para a prática de AF.....	41
4.3.Impacto da AF na dinâmica familiar.....	43
4.3.1. Hábitos de AF nas Famílias.....	43
4.3.2. Vivências da prática de AF dos seus filhos.....	44
5. Discussão.....	49
5.1.Do diagnóstico à prática de AF.....	49
5.2.Benefícios e Barreiras da Prática de AF.....	51
5.3.Impacto da AF na dinâmica familiar.....	52
6. Conclusão.....	56
7. Bibliografia.....	59
Anexos.....	XII
Anexo I - Guião utilizado nas entrevistas piloto.....	XII
Anexo II - Guião utilizado nas entrevistas.....	XIV
Anexo III – Termo de Consentimento Livre, Informado e Esclarecido..	XVI

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico, segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)	13
Tabela 2 - Caracterização do grupo de estudo.....	29

Índice de Anexos

Anexo I – Guião da Entrevista Piloto.....	XII
Anexo II – Guião da Entrevista Final.....	XIV
Anexo III – Termo de Consentimento Livre, Informado e Esclarecido.....	XVI

Resumo

A perturbação do espectro de autismo (PEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por comportamentos repetitivos, por comprometimento na interação social, na comunicação e na capacidade imaginativa. Esta perturbação tem um grande impacto na qualidade de vida e na saúde mental dos pais de crianças e jovens, pois são eles que, normalmente, assumem o papel de cuidador dos filhos. Para além de estarem sobrecarregados com as características da PEA, estes pais dispensam muitas horas do seu dia para acompanhar as crianças em diversas terapias e atividades complementares, como por exemplo a atividade física (AF). A AF tem sido reportada como fulcral para a vida de pessoas com PEA devido aos seus inúmeros benefícios. No entanto, o impacto que esta tem para a saúde mental e qualidade de vida dos pais é pouco explorado. Por isso, o objetivo do estudo é perceber se a prática de AF destas crianças e jovens tem ou não impacto no dia a dia das famílias. O grupo de estudo foi constituído por doze pais de crianças com PEA e foram utilizadas entrevistas semiestruturadas para aprofundar a temática. Os dados obtidos foram submetidos a uma análise temática, tendo desta emergido três temas: i) Do diagnóstico à prática de AF ii) Benefícios e barreiras na prática de AF iii) Impacto da AF na dinâmica familiar. Da análise destaca-se: i) que o diagnóstico tem um impacto muito importante na vida dos pais; ii) Todos os pais identificam a AF como essencial na vida dos filhos e referem que esta é fundamental para a vida das crianças e jovens bem como da família. Os pais ressaltam ainda a importância de mais apoios para a AF, bem como a melhoria de políticas que envolvem o desporto para estas populações; iii) Os pais concordam que o tempo de prática de AF dos seus filhos melhora, consideravelmente, o dia e a dinâmica familiar. Os resultados deste estudo sublinham a importância da AF para crianças e jovens com PEA e o seu impacto positivo na qualidade de vida e dinâmica familiar. Os pais percecionam que a prática de AF oferece benefícios significativos tanto para o bem-estar das crianças como para a saúde emocional dos pais, apesar das barreiras e limitações existentes.

PALAVRAS-CHAVE: PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO; ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA; ENTREVISTAS; PERCEÇÃO DOS PAIS; DINÂMICA FAMILIAR.

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by repetitive behaviors and impairments in social interaction, communication, and imaginative ability. This disorder significantly impacts the quality of life and mental health of parents who are typically the primary caregivers. They often spend extensive hours supporting their children through various therapies and complementary activities, such as physical activity (PA). PA is crucial for individuals with ASD due to its many benefits, but its impact on parents' mental well-being and quality of life is under-researched. This study aims to investigate how the physical activity of these children and young people influences their families' daily lives. The study engaged 12 parents of children with ASD through semi-structured interviews to delve deeply into the subject. The data collected underwent thematic analysis, from which three themes emerged: i) From diagnosis to PA practice, ii) Benefits and barriers in PA practice, iii) Impact of PA on family dynamics. The analysis shows that: i) the diagnosis has a significant impact on the parents' lives; ii) all parents consider PA essential for both their children's and the entire family's wellbeing. Moreover, they also emphasize the need for greater support for PA and call for improved policies related to sports for these groups iii) the parents recognize that their children's engagement in PA greatly enhances their daily routines and family dynamics. The results of this study emphasize the crucial role of physical PA for children and young people with ASD, positively impacting their quality of life and family dynamics. Parents recognize that the practice of PA offers significant benefits for both the children's well-being and the parents' mental health, despite existing barriers and limitations.

KEYWORDS: AUTISM SPECTRUM DISORDER; ADAPTED PHYSICAL ACTIVITY; INTERVIEWS; PARENTS' PERCEPTION; FAMILY DYNAMICS.

Lista de Abreviaturas

ADADA: Associação de Desporto Adaptado do Porto

AF: Atividade Física

AFA: Atividade Física Adaptada

APA: American Psychiatric Association

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

E: Entrevista

e.g.: *exempli gratia* – por exemplo

et al.: *et alteri* – e outros

i.e.: *id est* – isto é

PEA: Perturbação do Espectro do Autismo

1. Introdução

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por limitações significativas na comunicação, interação social, comportamentos repetitivos e capacidade imaginativa, com uma prevalência menor a 1% em todo o mundo (Lord et al., 2020; Minshew, 2002; Pelphrey et al., 2014). A PEA é um tema complexo, havendo ainda a necessidade de responder a algumas questões como a terminologia apropriada, a validade dos subtipos de PEA, a consistência das anormalidades cerebrais, a heterogeneidade dos sintomas e comorbidades, assim como as diferenças de sexo (Oberman et al., 2020; Ronald et al., 2011). As características da PEA não são iguais para todos os indivíduos, no entanto, as mais comuns são a dificuldade em manter contato visual, a sensibilidade a barulhos e texturas diferentes, a dificuldade em manter interações sociais e em compreender expressões faciais e ainda comportamentos estereotipados (Zaky, 2017). O diagnóstico e as intervenções precoces melhoram o prognóstico de crianças com PEA, e o atendimento multidisciplinar é crucial (Freeman et al., 1997). A intervenção precoce envolve cuidados multidisciplinares que incluem terapias sensoriomotoras ou de linguagem e comunicação, intervenções comportamentais e de desenvolvimento, terapia da fala, psicoterapia e ainda a atividade física adaptada (AFA) (Bonnet-Brilhault et al., 2010).

A AFA tem sido recomendada para esta população pelos seus benefícios, tais como a diminuição de estereotípias, redução de comportamentos agressivos e fora da tarefa, bem como melhorias no tempo de permanência na tarefa e no comportamento motor (Lang et al., 2010). A AFA procura a adaptação da AF para pessoas com diferentes tipos de deficiência, de forma a promover a inclusão social, melhorar a saúde física e mental dos praticantes (Ginis et al., 2021). Sabemos que cada vez mais a AFA tem vindo a ser procurada por pais de crianças e jovens com PEA (Chan et al., 2020). Segundo Chan e colaboradores (2020) os maiores benefícios percebidos desta prática em populações com PEA, para além das melhorias a nível físico e fisiológico comuns na restante população, são a melhoria da comunicação e da interação social. Outro benefício é que a AFA possibilita um aumento da autoestima e autoconfiança, pois a própria participação proporciona um senso de realização e competência (Pereira et al., 2017).

Pese embora os benefícios da AFA serem amplamente reconhecidos na literatura, são percecionadas diversas barreiras que limitam a prática de AF por parte destas crianças

e jovens. Barreiras físicas e sociais, como por exemplo, a falta de apoio social e monetário ou ainda a falta de habilidades motoras para inclusão nas atividades desportivas são alguns exemplos de barreiras comumente identificadas (Must et al., 2015). Pelo contrário, os pais destas crianças e jovens são os principais facilitadores desta prática e, portanto, desempenham um papel fundamental no incentivo a hábitos saudáveis e à prática de AFA (Arnell et al., 2020).

Os pais de crianças e jovens com PEA são normalmente os seus cuidadores e inerente a isso estão as várias adversidades do dia a dia. Pais de crianças com PEA relatam fadiga diária significativamente maior, o que está relacionado ao *stress*, ansiedade, depressão e menor eficácia e satisfação parental (Giallo et al., 2013). Tudo isto tem implicações na gestão de carreira dos pais, bem como na sua dinâmica familiar, o que resulta, conseqüentemente, numa diminuição da qualidade de vida. Efetivamente, pais ou cuidadores de crianças e jovens com PEA apresentam menor qualidade de vida quando comparados com pais de crianças com desenvolvimento neuro típico (Turnage et al., 2022), em causa estão as dificuldades comportamentais dos filhos, possíveis situações de desemprego associadas ou ainda falta de apoio social (Vasilopoulou et al., 2016).

Face ao exposto, a visão dos pais quanto à prática de AF dos seus filhos com PEA é essencial para garantir que estas crianças e jovens tenham acesso e permaneçam nessa atividade (Columma et al., 2020). No entanto, segundo Must et al. (2015), estes pais relatam várias barreiras para a prática de AF por parte dos seus filhos, incluindo: a necessidade de maior supervisão durante a prática, a falta de profissionais especializados e ainda o apoio social limitado. Neste sentido, torna-se importante perceber as implicações que a prática de AF por parte dos filhos ocasiona no quotidiano da família. Por isso, o objetivo deste estudo é compreender de que forma a prática de AF de crianças e jovens com PEA influencia a qualidade de vida dos pais.

Após uma procura exaustiva na literatura nacional e internacional, não foram encontrados estudos que respondessem, diretamente, a esta questão. Portanto, a presente investigação revela-se exploratória. Este estudo surgiu de necessidade pessoal que foi identificada por uma das autoras com o seu trabalho na área e o contacto próximo com pais, mães e cuidadores de crianças e jovens com PEA, que revelaram diversas vezes, em conversas informais com a autora, que a AF tinha um papel muito importante na vida dos seus filhos e deles próprios.

Depois da identificação do objetivo do estudo é importante perceber a sua estruturação. Após todos os elementos introdutórios, apresentamos a revisão da literatura,

que é fundamental para contextualização do estudo. Neste ponto incluímos temas como a PEA, de seguida falamos sobre a AF Adaptada e, por fim, o papel e as perceções das famílias de crianças e jovens com PEA sobre a prática de AF. Após esta revisão da literatura, é descrita a metodologia e, neste tema, apresentamos e caracterizamos o grupo de estudo, seguindo-se os procedimentos utilizados na análise das entrevistas. De seguida, apresentamos os resultados obtidos nas entrevistas, de modo a serem discutidos no segmento seguinte. Por fim, encontramos as conclusões do estudo, com a intenção de responder ao objetivo inicialmente proposto. Nestas conclusões inserimos também as limitações e sugestões para a realização de próximos estudos.

2. Revisão da Literatura

2.1. Perturbação do Espectro do Autismo

2.1.1. Definição

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), é um distúrbio do neuro desenvolvimento caracterizado por dificuldades significativas na comunicação social e comportamentos repetitivos e restritivos (Hodges et al., 2020). Este tema é estudado pela ciência há já vários anos. No entanto, existem ainda, discordâncias e questões por responder (Oberman et al., 2020). A pesquisa sobre a PEA revela várias discordâncias e questões não resolvidas, incluindo a terminologia apropriada, a validade dos subtipos de PEA, a consistência das anormalidades cerebrais, a heterogeneidade dos sintomas e comorbidades, assim como as diferenças de sexo (Oberman et al., 2020; Ronald et al., 2011; Cauda et al., 2014; Witwer et al., 2008; Kenny et al., 2016). Estas áreas de debate destacam a complexidade do autismo e a necessidade de mais estudos para esclarecer essas questões.

Leo Kanner, em 1943, introduziu pela primeira vez o conceito de autismo depois de identificar um grupo de crianças com características idênticas, onde se destacava a dificuldade de interação social (Vicedo et al., 2021). A incapacidade de estabelecer um relacionamento, a ansiedade, a excitação fácil, a imperfeição no uso da linguagem, a manifestação de medos inapropriados e um desejo ansiosamente obsessivo para a manutenção do “mesmo estado de coisas” (i.e., *sameness* - termo que passa a utilizar com frequência e que passa a estar presente nas referências aos comportamentos da PEA)), foram algumas das características identificadas por este autor (Gotham et al., 2013).

No ano seguinte, Hans Asperger (1944), encontrou um conjunto de crianças com comportamentos idênticos às de Kanner. A definição de autismo proposta por Asperger, nomeada pelo autor de “psicopatia autística”, é mais ampla e abrangente do que a de Kanner, compreendendo tanto casos com patologia orgânica severa e identificável, quanto alguns casos que se aproximam do comportamento típico (Asperger, 1944).

Kanner e Asperger, apesar de apresentarem propostas diferentes sobre o autismo, ambos referem e enfatizam a presença de movimentos repetitivos, alteração de aspetos

relacionados com o desempenho e funcionamento intelectual ou cognitivo comprometido.

Mais tarde, o DSM-IV-R (2000) definiu a PEA como um grupo de quatro transtornos globais do desenvolvimento: i) transtorno autista, ii) transtorno de Asperger, iii) transtorno desintegrativo da infância e, iv) transtorno global do desenvolvimento não especificado de outra forma.

Posteriormente, os critérios de diagnóstico da PEA são alterados em 2013, sendo que no DSM-5 já incluem novos especificadores, modificadores, classificações de gravidade e foi ainda introduzido o transtorno da comunicação social (Lord, 2015). A determinação da gravidade no DSM-5 é baseada no nível de suporte necessário, que é impactado pelo funcionamento cognitivo, linguístico, comportamental e adaptativo (Mehling et al., 2016).

A American Psychiatric Association (APA) lançou o DSM-5-TR (2022), uma versão atualizada e revista do DSM-5 de 2013 com apenas uma alteração. Esta alteração indica que para um indivíduo se encaixar num quadro de PEA, este tem de se encaixar em todas as subcategorias do domínio da dificuldade de comunicação social.

Compreender a PEA na sua totalidade exige não apenas uma definição clara, mas também, uma análise de como esta condição tem sido interpretada ao longo do tempo. Nesta perspetiva, a contextualização histórica do autismo é fundamental para reconhecer a evolução dos conceitos e abordagens, desde os primeiros registos até às compreensões contemporâneas. Ao examinar a história da PEA, podemos perceber como as mudanças sociais, científicas e culturais moldaram a forma como essa perturbação é percebida e tratada nos dias de hoje.

2.1.2. Contextualização Histórica

A história da PEA é marcada pela evolução gradual do entendimento e reconhecimento desta perturbação ao longo do tempo. No início do século XX, antes do autismo ser formalmente reconhecido, crianças com comportamentos autistas eram frequentemente diagnosticadas com outras condições, como por exemplo, esquizofrenia infantil. O termo "autismo" foi utilizado pela primeira vez pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, em 1911, para descrever um sintoma de esquizofrenia caracterizado pelo afastamento da realidade (Crespi et al., 2010).

Em 1943, o psiquiatra Leo Kanner, no seu primeiro artigo "Autistic Disturbances of Affective Contact", descreveu onze crianças que apresentavam um conjunto de comportamentos distintos, incluindo extrema dificuldade em estabelecer relacionamentos afetivos, comunicação limitada e um desejo insistente por rotina. Kanner introduziu o termo "autismo infantil precoce" para descrever essa condição (Kanner, 1943). Por sua vez, em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger publicou um estudo sobre crianças que exibiam comportamentos semelhantes, mas com habilidades linguísticas e intelectuais mais desenvolvidas. Este conjunto de sintomas ficou conhecido como "Síndrome de Asperger" (Asperger, 1944).

Durante as décadas de 1960 e 1970, a percepção do autismo mudou significativamente. Bruno Bettelheim (psicólogo), popularizou, erroneamente a ideia de que o autismo era causado por "refrigeração emocional", ou seja, por mães emocionalmente frias e não responsivas com os seus filhos. Esta teoria foi desacreditada posteriormente, mas causou muitos danos e estigmatização (Bettelheim, 1967).

Em 1980, o autismo foi incluído pela primeira vez no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) da American Psychiatric Association, com critérios de diagnóstico claramente definidos, distinguindo-o de outras formas de psicose infantil (American Psychiatric Association, 1980). Em 1990, a Lei de Educação para Indivíduos com Deficiências (IDEA) nos Estados Unidos reconheceu, formalmente, o autismo como uma categoria distinta de deficiência, o que ajudou a melhorar o acesso a serviços educacionais e terapêuticos especializados (U.S. Department of Education, 1990).

Em 1994, a Síndrome de Asperger foi adicionada ao DSM-IV, reconhecendo as observações de Hans Asperger e ampliando a compreensão do espectro autista (American Psychiatric Association, 1994). Em 2013, o DSM-5 unificou várias condições anteriormente separadas (autismo infantil, Síndrome de Asperger, transtorno desintegrativo da infância e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação) sob o termo "Perturbação do Espectro do Autismo" (PEA). Este novo enquadramento reconheceu a ampla variabilidade na apresentação dos sintomas e a necessidade de uma abordagem mais inclusiva (American Psychiatric Association, 2013).

Atualmente, a pesquisa continua a expandir o nosso conhecimento sobre a PEA, com foco na genética, neurobiologia e intervenções precoces. Há um crescente reconhecimento da importância da neurodiversidade e do apoio às pessoas com PEA em todos os aspetos da vida, desde a educação até ao emprego e à vida independente

(National Institute of Mental Health, 2022). Com efeito, a história do autismo destaca também esta importância do diagnóstico e da intervenção precoce desde as primeiras observações de Kanner e Asperger, onde os autores sublinharam a necessidade de identificar e apoiar crianças com comportamentos autistas desde cedo. Atualmente, intervenções precoces, que incluem, entre outros, terapia comportamental, terapia ocupacional e fonoaudiologia, são cruciais para um melhor desenvolvimento de indivíduos com PEA (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Em síntese, a compreensão do autismo evoluiu significativamente desde as primeiras descrições na década de 1940. O reconhecimento e a inclusão da PEA como uma condição de espectro no DSM-5 representam marcos importantes na forma como percebemos e tratamos esta condição. A contínua investigação e a aceitação da neurodiversidade são fundamentais para melhorar a qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias (Autism Speaks, 2021).

À medida que compreendemos a evolução histórica das percepções e diagnósticos da PEA, torna-se essencial explorar as possíveis causas subjacentes a essa condição. A análise da etiologia do autismo permite-nos avançar além das perspetivas históricas, direcionando o foco para as investigações científicas que procuram esclarecer os fatores biológicos, genéticos e ambientais que contribuem para o desenvolvimento desta perturbação.

A seguir, examinaremos as principais teorias e descobertas relacionadas à etiologia da PEA, ampliando a nossa compreensão sobre as complexas origens deste espectro.

2.1.3. Etiologia

A etiologia das PEA ainda permanece desconhecida. Evidências científicas apontam que não há uma causa única, mas sim uma interação de fatores genéticos e ambientais (Hamza et al., 2017).

Inicialmente, Kanner (1943) considerou o autismo uma perturbação do desenvolvimento, sugerindo uma componente genética. Este autor defendia que essas crianças nascem com uma incapacidade inata para estabelecer contato afetivo de maneira biologicamente adequada. Décadas depois, o autismo continua a ser investigado por especialistas, mas ainda não há respostas definitivas sobre as suas causas.

Mauerberg-deCAstro (2005) refere que, à data, o autismo era entendido como resultante de fatores genéticos, cognitivos, comportamentais e fisiopatológicos, sendo uma congregação de diversos fatores e uma sequência de eventos, não sendo possível associar a apenas um.

Em 2006, Stone e DiGeronimo afirmam que o autismo está diretamente relacionado com fatores fisiológicos. Porém, apesar dos estudos recentes na área da investigação genética estarem a tornar-se cada vez mais influentes nesta temática, ainda não se conhece a combinação de genes, que atuando em conjunto, poderão ou não tornar a criança mais vulnerável ao autismo.

Mais recentemente, existem estudos que apontam para que certas toxinas ambientais, anomalias gastrointestinais e algumas vacinas ou síndromes possam estar na origem desta perturbação (Sealey et al., 2016). Diversos especialistas, como Smith (2008), Whiteley et al. (2019) e Lyall et al. (2017) acrescentam ainda que a PEA é um distúrbio vitalício.

Froehlich-Santino et al. (2014) aludem também para fatores pré-natais e perinatais, que articulados a marcadores de hipoxia, possam estar relacionados com a PEA em algumas crianças.

Apesar das inúmeras incertezas sobre a etiologia do autismo, a comunidade científica concorda que não há ligação causal entre as atitudes e ações dos pais e o desenvolvimento desta condição (Soares, 2006). No entanto, existem fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de uma criança desenvolver autismo. Entre os fatores de risco ambientais destacam-se a idade parental avançada, o baixo peso ao nascer e a exposição fetal ao valproato (Christensen et al., 2013; Sato et al., 2022). No que diz respeito aos fatores de risco genéticos e fisiológicos, estudos mostram que a heritabilidade do autismo é alta, com estimativas variando de 64% a 95% para gémeos monozigóticos e significativamente menores para gémeos dizigóticos (Tick et al., 2016).

Nos dias de hoje, cerca de 15% dos casos de PEA estão associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variantes do número de cópias ou mutações em genes específicos, em diferentes famílias. No entanto, mesmo quando a PEA está associada a uma mutação genética conhecida, esta não apresenta incidência completa (American Psychiatric Association, 2013).

A PEA é influenciada principalmente por fatores genéticos e epigenéticos, com fatores ambientais como infeção viral, idade dos pais e deficiência de zinco também contribuindo para a suscetibilidade (Yoon et al., 2020).

Compreender a etiologia da PEA oferece um valioso conhecimento sobre as possíveis causas e fatores de risco associados ao desenvolvimento desta condição. No entanto, para identificar e apoiar indivíduos com PEA, é crucial conhecermos as práticas de diagnóstico. O diagnóstico desempenha um papel fundamental na identificação precoce e na intervenção, permitindo um prognóstico mais eficaz da condição.

De seguida, exploraremos os critérios e métodos de diagnóstico da PEA, que são essenciais para uma avaliação precisa e adequada das manifestações clínicas do espectro.

2.1.4. Diagnóstico

O diagnóstico da PEA é um processo meticuloso e multidisciplinar, que visa identificar as características e comportamentos associados ao espectro do autismo, avaliando o seu impacto na vida do indivíduo. Este diagnóstico é essencial para a implementação de intervenções eficazes que possam melhorar a qualidade de vida da pessoa com este diagnóstico.

Zanon et al. (2014) mencionam que há esforços para identificar a idade em que os primeiros sintomas de PEA se tornam perceptíveis, com base em relatos de pais de crianças diagnosticadas com a perturbação. Vários pais relatam que os primeiros sintomas são percebidos logo nos primeiros 24 meses de vida. Estes resultados vão de encontro ao DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), uma vez que este manual refere que os primeiros sintomas têm de ser visíveis antes dos 3 anos de idade.

É importante denotar que qualquer criança, em qualquer condição, pode apresentar comportamentos semelhantes às PEA, como os comportamentos estereotipados, mas apenas as crianças com diagnóstico de PEA apresentam alterações no comportamento social (American Psychiatric Association, 2013).

Nesta perspetiva, apenas os indivíduos com diagnóstico de Perturbação Autista, de Asperger ou Perturbação global de desenvolvimento sem outra especificação, de acordo com o DSM-5, podem receber o diagnóstico de PEA. Todos os indivíduos avaliados, cujos sintomas não atendam aos critérios de PEA, devem ser avaliados em relação à perturbação da comunicação social (pragmática) (American Psychiatric Association, 2013).

Na PEA são claramente identificadas as três principais áreas em que essas crianças apresentam uma lacuna significativa: i) interação social, pois as crianças autistas têm grande dificuldade em iniciar interações sociais, isolam-se, ou seja, não demonstram

interesse noutras crianças, preferindo focar-se e interagir com objetos (Hewitt, 2006) e não compreendem o princípio da reciprocidade (Wing & Gould, 1979); ii) comunicação, evidenciando um défice na linguagem e uma comunicação unilateral, devido à falta de reciprocidade emocional/social e dificuldade em partilhar emoções e sentimentos (Garcia-Garcia et al., 2021) e; iii) comportamentos repetitivos, que incluem interesses restritos e estereotipados fora do comum, tanto em intensidade quanto em foco, fixação em objetos e seu uso repetitivo (e.g., alinhamento de brinquedos), rituais compulsivos, estereotípicas motoras simples (e.g., balançar as mãos, estalar os dedos), fala repetitiva (e.g., ecolalia) e adesão excessiva a rotinas que, quando não seguidas, causam *stress* à criança (Rutter, 1985).

De acordo com o manual DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), as diretrizes para diagnóstico são divididas em dois grandes grupos, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico, segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

A. Défices persistentes na comunicação e interação social em diversos contextos:	B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, manifestados por, pelo menos, dois dos seguintes:
1. Défice na reciprocidade social e emocional.	1. Movimentos motores, uso de objetos ou discurso estereotipado ou repetitivo.
2. Défice nos comportamentos de comunicação não-verbal utilizados para a interação social.	2. Resistência à mudança, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal.
3. Défice em desenvolver, manter e compreender relacionamentos.	3. Interesses altamente restritos, com intensidade ou foco anormal.
	4. Hiper ou hiperatividade a estímulos sensoriais ou interesse invulgar em aspetos sensoriais do ambiente.
C. Os sintomas devem estar presentes no início do desenvolvimento da criança (mas podem não se manifestar plenamente até às exigências sociais excederem as limitações das capacidades, ou podem estar “mascarados” por estratégias aprendidas mais tarde).	
D. Os sintomas causam um prejuízo clinicamente significativo a nível social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.	
E. Estas perturbações não são melhor explicadas por incapacidade intelectual e a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.	

A Tabela 1 está dividida em cinco categorias principais: A, B, C, D e E. As duas primeiras categorias estão subdivididas em critérios específicos. Este formato estruturado facilita a aplicação clínica dos critérios, garantindo uma avaliação abrangente e consistente da PEA. As informações constantes na tabela ajudam os médicos ou investigadores a estruturarem as suas observações e a garantir que todos os aspetos relevantes do diagnóstico sejam tidos em consideração. Por fim, a tabela facilita a consulta dos critérios durante o processo de avaliação.

O diagnóstico da PEA marca o início de uma compreensão mais profunda sobre a condição, mas é através da análise das características que se pode realmente captar a complexidade deste espectro. As características do autismo variam amplamente de indivíduo para indivíduo, e é justamente essa diversidade que destaca a importância de um olhar atento e individualizado nesta população.

A seguir, iremos explorar as principais características que compõem o espectro, proporcionando uma visão detalhada das nuances e variações que podem estar presentes na PEA.

2.1.5. Características

A PEA é marcada por dificuldades significativas em várias áreas do desenvolvimento e na aquisição de habilidades, incluindo interação social, comunicação verbal e não verbal, e comportamentos estereotipados (Bishop et al., 2016). Estas dificuldades manifestam-se por meio de comportamentos atípicos, como ausência de contato visual, estereotípias, falta de fala, e obsessão por rotinas ou objetos (Comparan-Meza et al., 2021).

Em 1969, Bandura destacou que indivíduos com autismo apresentam disfunções específicas na resposta a estímulos internos e externos, sendo o domínio social a principal área de dificuldade. Esta perspetiva é apoiada por observações que indicam diferenças comportamentais significativas entre crianças com PEA e aquelas com outras perturbações do desenvolvimento, incluindo aspetos como sociabilidade, jogo, linguagem, comunicação, nível de atividade e interesses (Ventola et al., 2007). Segundo Dunlap e Pierce Kay (1999), as características centrais da PEA estão nos domínios social, cognitivo e linguístico, refletindo-se em dificuldades na comunicação verbal e não verbal, relacionamento social e atividades lúdicas.

As dificuldades na comunicação verbal e não verbal incluem atraso ou ausência de desenvolvimento da fala, uso repetitivo ou peculiar da linguagem, dificuldades em iniciar e manter uma conversa, problemas na compreensão e uso de gestos, expressões faciais e contato visual (American Psychiatric Association, 2013). Frequentemente, estes indivíduos enfrentam défices na interação social, como: i) dificuldades em desenvolver, manter e compreender relações interpessoais; ii) preferência por atividades solitárias; iii) falta de reciprocidade emocional ou social, e; iv) dificuldades em ajustar o comportamento para se adequar a diferentes contextos sociais (World Health Organization, 2018).

Além das dificuldades na comunicação e interação social, indivíduos com PEA exibem comportamentos repetitivos e interesses restritos. Estes comportamentos repetitivos incluem movimentos motores estereotipados ou repetitivos, como balançar as mãos ou girar objetos, insistência em rotinas ou rituais inflexíveis, onde qualquer mudança nas rotinas pode causar desconforto ou angústia e maneirismos motores repetitivos ou próprios (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Em relação aos interesses restritos e intensos, estes indivíduos têm um foco muito seletivo de interesses, muitas vezes incomuns, possuem conhecimento profundo sobre esses tópicos e têm dificuldade em desviar a atenção para outros assuntos ou atividades (Autism Speaks, 2021).

Outras características comuns em indivíduos com PEA incluem sensibilidade sensorial, com reações incomuns a estímulos sensoriais, como hipersensibilidade ou hipossensibilidade a sons, luzes, texturas e cheiros. Comportamentos autoestimulantes, como balançar ou girar, são frequentemente usados para lidar com estes estímulos sensoriais (National Institute of Mental Health, 2022). O desenvolvimento intelectual e cognitivo destes indivíduos pode variar amplamente, podendo haver desde deficiências intelectuais significativas até habilidades cognitivas superiores em áreas específicas. Um padrão de desenvolvimento desigual é comum, com habilidades muito avançadas em algumas áreas e atrasos em outras (American Psychiatric Association, 2013).

Após compreender as características e desafios associados à PEA, é importante considerar que a AFA surge como uma ferramenta poderosa neste contexto, oferecendo benefícios não apenas para a saúde física, mas também para o desenvolvimento social, emocional e comportamental.

A seguir, vamos explorar como a Atividade Física Adaptada (AFA) pode ser implementada de forma eficaz para atender às necessidades específicas de indivíduos com PEA, promovendo o bem-estar e a inclusão.

2.2. Atividade Física Adaptada

2.2.1. Benefícios da prática de AFA

A AFA está vocacionada para a modificação e adaptação de atividades físicas para pessoas com diferentes tipos de deficiências, visando promover a inclusão social, a melhoria da saúde e o bem-estar. Enquanto campo multidisciplinar, centra-se na personalização de programas de exercício físico e desporto para atender às necessidades individuais, garantindo que todos possam participar de forma segura e eficaz (Silva, 2018).

A AFA surgiu como resposta à crescente necessidade de incluir as pessoas com deficiência em atividades físicas e desportivas. Historicamente, as pessoas com deficiência eram frequentemente excluídas dessas atividades devido a barreiras físicas e sociais. Com o avanço dos movimentos de direitos das pessoas com deficiência e a promulgação de leis de acessibilidade, houve um impulso significativo para o desenvolvimento e a implementação de programas de AFA (Souza e Santos, 2020).

Ferreira (2019) identifica os principais objetivos da AFA como sendo: i) a facilitação da participação de pessoas com deficiência em atividades físicas e desportivas, promovendo a integração e a interação social (Murphy et al., 2008); ii) o aumento da capacidade física, a melhoria da saúde cardiovascular e muscular, além de proporcionar benefícios psicológicos como a redução do *stress* e da ansiedade (Kandola et al., 2018); iii) a adaptação de atividades para desenvolver habilidades motoras finas e grossas, além de melhorar a coordenação e o equilíbrio (Han et al., 2018) e; iv) o incentivo à independência e à autossuficiência através da prática de atividades físicas adaptadas (Tejero et al., 2012).

A AFA baseia-se em princípios fundamentais, como i) a individualização, onde cada programa é personalizado para atender às necessidades específicas de cada indivíduo, levando em consideração as suas capacidades e limitações; ii) segurança, garantindo que todas as atividades sejam projetadas para minimizar o risco de lesões; iii) participação ativa, que encoraja a autonomia e a autoeficácia dos indivíduos e; iv) uma

abordagem multidisciplinar, que envolve a colaboração de diversas áreas profissionais, como profissionais do exercício físico, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos, para desenvolver programas integrados e eficazes (Pereira et al., 2017; Oliveira e Martins, 2021).

As atividades adaptadas incluem uma variedade de modalidades ajustadas para atender às necessidades dos participantes. Entre elas podemos encontrar os esportes adaptados, como o basquetebol em cadeira de rodas, a natação ou o atletismo para pessoas com deficiência; exercícios de reabilitação, realizados através de programas específicos de fortalecimento muscular, alongamento e/ou resistência; e atividades recreativas, como dança adaptada e *yoga* para pessoas com mobilidade reduzida (Almeida e Costa, 2016).

A prática regular de AFA proporciona uma série de benefícios físicos importantes para pessoas com deficiências. Com efeito, programas de AFA, como a natação adaptada e o paraciclismo, ajudam a melhorar a função cardiovascular, promovendo a saúde do coração e a circulação sanguínea (Silva, 2018). Atividades como o treino de força adaptado contribuem para o fortalecimento dos músculos, aumentando a resistência e a capacidade funcional dos indivíduos (Pereira et al., 2017). Exercícios de alongamento e *yoga* adaptado ajudam a melhorar a flexibilidade, a amplitude de movimento e a mobilidade articular, facilitando a execução das atividades diárias (Almeida e Costa, 2016).

Além dos benefícios físicos, a AFA também promove importantes ganhos psicológicos, melhorando a saúde mental e o bem-estar emocional dos praticantes. Efetivamente, a prática regular de exercício físico é eficaz na redução dos níveis de *stress* e ansiedade, promovendo a libertação de endorfinas, hormonas responsáveis pela sensação de bem-estar (Souza e Santos, 2020). Da mesma forma, possibilita um aumento da autoestima e autoconfiança, pois a própria participação na AFA proporciona um senso de realização e competência (Pereira et al., 2017). Verifica-se ainda uma melhoria do humor e redução de sintomas de depressão, ajudando os indivíduos a enfrentarem os desafios emocionais com mais resiliência (Singh et al., 2023).

O desenvolvimento de habilidades cognitivas está também associado à prática de AFA, nomeadamente através da realização do jogo, melhorando a concentração, a memória e a capacidade de resolução de problemas (Oliveira e Martins, 2021).

Adicionalmente, a AFA desempenha um papel crucial na promoção da inclusão social e no fortalecimento das relações interpessoais, promovendo a interação social, permitindo que pessoas com deficiência se sintam parte de um grupo e desenvolvam redes

de apoio (Silva, 2018). De facto, a prática de AFA facilita a criação de novas amizades e o fortalecimento das redes de suporte social, proporcionando um ambiente de apoio e encorajamento, fundamental nesta área de intervenção (Ferreira, 2019). A participação ativa em AFA incentiva ainda a autonomia e a independência, permitindo que os indivíduos ganhem confiança nas suas habilidades e capacidades (Kissow et al., 2013).

Em suma, a AFA oferece uma ampla gama de benefícios para pessoas com deficiência, abrangendo aspetos físicos, psicológicos e sociais. Esses benefícios contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos participantes, promovendo a sua saúde e bem-estar, como podemos perceber por todos os benefícios enunciados. Assim, a implementação de programas de AFA, apoiados em políticas inclusivas e profissionais especializados, é essencial para garantir que estes benefícios sejam acessíveis a todos, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e equitativa (Nathan et al., 2017).

Embora os benefícios da prática de AFA sejam amplamente reconhecidos, é importante também considerar as barreiras que podem dificultar a adesão a este tipo de prática.

2.2.2. Barreiras para a prática de Atividade Física Adaptada

Apesar dos benefícios enunciados, a AFA enfrenta vários desafios, incluindo barreiras físicas, sociais, económicas e institucionais, como: i) acessibilidade limitada a instalações e equipamentos, além de preconceitos e falta de conscientização; ii) a necessidade crescente de formação e especialização de profissionais para trabalhar com a AFA, garantindo que possam atender adequadamente às necessidades dos participantes e; iii) a continuidade na pesquisa para desenvolver novas metodologias e tecnologias assistidas que facilitem a prática de AFA (Pedersen et al., 2021). Estas barreiras precisam de ser conhecidas para garantir uma inclusão plena e efetiva (Hickingbotham et al., 2021; Williams et al., 2017).

As barreiras físicas são aquelas que envolvem obstáculos estruturais e ambientais que dificultam o acesso de pessoas com deficiência à AFA. Muitas instalações desportivas e recreativas não são projetadas na perspetiva de garantir a acessibilidade, o que impede ou dificulta o acesso de pessoas com deficiência. Rampas inadequadas, falta de elevadores e vestiários inacessíveis, são exemplos comuns a este nível (Jaarsma et al., 2014; Rimmer et al., 2004; Shields et al., 2014). Deste modo, a falta de equipamentos

adaptados para os diferentes tipos de deficiência e a dificuldade encontrada para obter o transporte acessível limita também a participação na AF (Atividade Física). Pessoas que vivem nas áreas rurais e menos desenvolvidas são as mais afetadas (Rimmer et al., 2012; Rosly et al., 2018).

Relativamente às barreiras sociais, estas envolvem atitudes negativas e preconceituosas, crenças e percepções que podem excluir ou desencorajar as pessoas com deficiência a participarem na AFA (Hammel et al., 2015; Hästbacka et al., 2016). Com efeito, o estigma social associado à deficiência pode levar à exclusão e ao isolamento (Stuart et al., 2006).

Outros autores (Chenuel et al., 2022; Yabe et al., 1994), referem ainda que a falta de conhecimento e de conscientização sobre os benefícios e a importância da prática de AFA entre profissionais de saúde, educadores e público em geral, pode resultar num suporte inadequado e em oportunidades limitadas para a participação destas pessoas. Por fim, algumas pessoas com deficiência podem revelar baixa autoconfiança ou autoeficácia em relação à sua capacidade de participar na AF, muitas vezes devido a experiências passadas de fracasso ou exclusão (Blinde et al., 1997; Velde et al., 2018), aspetos que importa controlar e minorar nesta área.

Relativamente às barreiras económicas, Rimmer (2004) diz-nos que estas se referem aos custos associados à participação em programas de AFA, que podem ser proibitivos para muitas pessoas com deficiência. Equipamentos adaptados e programas de AFA podem ser caros e inacessíveis para muitos indivíduos. A falta de financiamento e de subsídios governamentais agrava esta situação (Ginis et al., 2021). Além disso, muitas pessoas com deficiência enfrentam dificuldades económicas, o que limita a sua capacidade de suportar o custo de programas de AF, do transporte e equipamentos necessários (Murray et al., 2015).

Outro tipo de barreiras encontradas são as barreiras institucionais, que envolvem a falta de políticas, práticas e infraestruturas adequadas para apoiar a implementação e a sustentação de programas de AFA (Wiert et al., 2016). Carty (2021) refere que a ausência de políticas públicas robustas e de regulamentações que promovam a inclusão de pessoas com deficiência na AFA tornam-se numa barreira significativa.

Outros autores (Pojednic et al., 2020; Sato et al., 2017) destacam ainda que a falta de formação específica para profissionais que trabalham na AFA impede a oferta de programas de qualidade. De facto, professores de educação física, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde muitas vezes não recebem formação adequada sobre como adaptar

atividades para diferentes tipos de deficiência (DePauw et al., 1994; Shirazipour et al., 2020).

Face ao exposto, as barreiras para a prática de AFA nesta população são diversas e complexas, abrangendo aspetos físicos, sociais, económicos e institucionais. Superar estas contrariedades requer um esforço conjunto de governos, instituições, profissionais e sociedade em geral. A implementação de políticas públicas inclusivas, a formação de profissionais especializados, a melhoria das infraestruturas e a promoção da conscientização social, são passos essenciais para garantir que as pessoas com deficiência possam aceder e beneficiar plenamente da AFA. Somente através da remoção destas barreiras será possível promover uma prática desportiva verdadeiramente equitativa e capaz de chegar a todos os grupos, tal como a crianças e jovens com PEA.

2.2.3. Atividade Física Adaptada em Crianças e Jovens com Perturbação do Espectro do Autismo

Crianças e jovens com PEA enfrentam, frequentemente, desafios únicos que podem influenciar negativamente a sua participação na AFA, pese embora este tipo de atividade ofereça uma abordagem personalizada para envolver estes indivíduos na AF, proporcionando-lhes benefícios físicos, emocionais e sociais únicos (Sowa et al., 2012).

A participação na AF é crucial para o desenvolvimento saudável de todas as crianças, incluindo aquelas com PEA (Gregor et al., 2018). Sowa (2012) afirma que a prática regular de exercício físico pode trazer uma série de benefícios específicos para este grupo, uma vez que crianças com PEA, na maioria dos casos, apresentam atrasos no desenvolvimento motor. Assim, a AFA pode ajudar a melhorar a coordenação, o equilíbrio e a força muscular, contribuindo para o desenvolvimento motor global destas crianças (Sortwell et al., 2022). A AFA pode ainda reduzir comportamentos repetitivos e estereotipados, comuns em crianças com PEA, proporcionando uma extração positiva para o excesso de energia e de ansiedade que muitos revelam (Olin et al., 2017). Com efeito, o exercício físico regular tem efeitos positivos comprovados na redução de sintomas de ansiedade e depressão, condições frequentemente associadas à PEA (Hillier et al., 2011). A participação na AFA em grupo pode também melhorar as habilidades sociais, promovendo a interação com pares e o desenvolvimento de amizades (Zhao et al., 2018).

Apesar dos benefícios, existem vários desafios e barreiras que podem dificultar a implementação de programas de AFA para crianças e jovens com PEA como a sensibilidade sensorial, o que pode tornar certos ambientes de prática desconfortáveis ou *stressantes*. Luzes brilhantes, sons altos ou texturas desconhecidas podem desencadear reações adversas (Weitlauf et al., 2017).

Adicionalmente, muitos professores de educação física e treinadores não têm a formação adequada para lidar com as necessidades específicas de crianças com PEA, o que pode resultar em programas de AF que não são adequadamente adaptados (Healy et al., 2016). Ao mesmo tempo, a comunicação pode ser um desafio significativo, uma vez que muitas crianças com PEA têm dificuldades em expressar as suas necessidades e preferências. Assim, métodos de comunicação alternativa e aumentativa podem ser necessários para facilitar a interação neste contexto (Tyrrell et al., 2018). Há ainda alguns comportamentos associados à PEA, como hiperatividade, impulsividade, agitação ou agressão, que podem dificultar a sua participação na AF, exigindo estratégias específicas de manipulação e gestão comportamental (Persico et al., 2021).

Para superar estas barreiras e maximizar os benefícios da AFA para crianças e jovens com PEA, várias estratégias podem ser implementadas. Nesta medida, estratégias como a adaptação do ambiente físico para acomodar sensibilidades sensoriais, usar iluminação suave, minimizar ruídos e fornecer equipamentos com texturas variadas que sejam confortáveis para esta população (Bodison et al., 2017), são boas opções.

Daugherty et al., (2020) afirmam que se deve ainda oferecer formação especializada para professores de educação física, treinadores e outros profissionais envolvidos, focando em estratégias de comunicação, gestão comportamental e técnicas de adaptação de atividades. Por exemplo, ao implementar métodos de comunicação alternativa, como o uso de cartões de comunicação visual ou dispositivos de comunicação aumentativa, facilita-se a interação e a compreensão das instruções (Logan et al., 2017).

Deste modo, devemos desenvolver programas de AFA personalizados e que atendam às necessidades individuais de cada criança, levando em consideração as suas capacidades, interesses e desafios específicos (Yu et al., 2018). Para tal, é crucial incluir os pais e cuidadores no processo de planeamento e implementação das atividades, garantindo que as estratégias adotadas sejam consistentes e apoiadas também em casa (Novak et al., 2011).

A AFA oferece uma abordagem inclusiva e benéfica para envolver crianças e jovens com PEA na AF. Superar as barreiras existentes através de adaptações ambientais,

formação de profissionais especializados, comunicação eficaz e desenvolvimento de programas personalizados é essencial para garantir que estas crianças possam participar plenamente e colher os inúmeros benefícios associados à prática regular de AF (Lee et al., 2017). A este respeito, Ahmet Sansi (2021) afirma que a implementação de estratégias de AFA bem-sucedidas não apenas melhoram a saúde física, mas também promovem o desenvolvimento social e emocional, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e inclusão social de crianças e jovens com PEA.

Além dos benefícios diretos que a AFA oferece para crianças e jovens com PEA, o envolvimento e o apoio das famílias desempenham um papel fundamental neste processo.

2.3.Famílias de Crianças e Jovens com PEA

2.3.1. Papel da família na prática de AFA

As crianças com deficiência, na generalidade, dependem dos seus pais para praticar AF, pelo que é especialmente importante entender as perceções dos pais sobre esta temática.

De acordo com Martin e Choi (2009), pais de crianças com deficiência acreditam que os seus filhos devem ser fisicamente ativos, emitindo feedback positivo em relação à prática de AF dos filhos, o que tem uma influência positiva nesta matéria. Esta conclusão é encorajadora, especialmente considerando que os pais tendem a ser excessivamente protetores em relação às crianças com deficiência (Martin e Choi, 2009).

Em crianças e jovens com PEA, o papel da família na prática de AFA é crucial para o sucesso e para a sua continuidade. As famílias não apenas proporcionam o suporte emocional necessário, mas também desempenham um papel fundamental na logística e no encorajamento para a participação nas atividades (Daly et al., 2022). Os pais e cuidadores são frequentemente os principais facilitadores do envolvimento das crianças em programas de AFA. Eles são responsáveis por identificar oportunidades, inscrever os filhos e garantir a participação contínua nas atividades (McGarty et al., 2018). Além disso, o envolvimento ativo dos pais na AF pode servir de exemplo, motivando as crianças a participarem com mais entusiasmo neste tipo de atividades (Kovács et al., 2022).

O apoio dos pais é uma determinante reconhecida da AF entre crianças e jovens. Desta forma, Brown e colaboradores (2020) exploraram a relação entre o comportamento

de apoio à AF dos pais e o comportamento de AF infantil na população com PEA. Os seus resultados sugerem que os pais têm um papel fundamental no comportamento e prática de AF em crianças e jovens com PEA. Assim, intervenções familiares focadas em estratégias para melhorar a regulação comportamental dos pais podem ser uma abordagem eficaz para aumentar os níveis de AF nesses jovens (Brown et al., 2020).

Os pais ou familiares podem influenciar a atividade das crianças de duas maneiras: i) servindo como modelos a serem seguidos ou ii) atuando como motivadores (Beets et al., 2006). Além disso, é reconhecido que pais mais ativos tendem a exercer maior influência nos níveis de AF dos filhos, especialmente em comparação com pais menos ativos (Welk et al., 2003). De forma semelhante, pais que valorizam a AF agem como exemplos, transmitindo hábitos saudáveis aos seus filhos (Anderssen et al., 2006). Especificamente, Olivares et al. (2015) mostram que o encorajamento dos pais influencia a quantidade de AF praticada pelos filhos, seja ela leve, moderada ou vigorosa. Neste contexto, as respostas afetivas dos pais, como o prazer em praticar AF, também parecem influenciar as escolhas de AF dos filhos, reforçando a ideia de que os pais servem como modelos a serem seguidos (Martin e Choi, 2009).

O papel ativo da família é fundamental para incentivar e sustentar a prática de AFA, criando um ambiente de apoio que facilita a participação contínua das crianças. No entanto, para que esse apoio seja verdadeiramente eficaz, é essencial compreender como as famílias percebem esta prática e quais são suas expectativas, preocupações e experiências. Isto porque a percepção das famílias em relação à AFA dos filhos influencia diretamente o nível de envolvimento e a forma como elas integram essas atividades no quotidiano, impactando o sucesso e a aceitação da prática (McGarty et al., 2018).

2.3.2. Perceção das famílias face à prática de AFA dos filhos

As famílias, geralmente, reconhecem vários benefícios da prática de AFA para os seus filhos com PEA, os quais vão além de aspetos físicos, abrangendo melhorias também emocionais e sociais.

De facto, os familiares observam melhorias significativas nas habilidades motoras globais e finas dos seus filhos, o que contribui para uma maior autonomia nas atividades diárias (Kruger et al., 2019; Ruggeri et al., 2020). Além disso, a prática regular de AFA pode reduzir os níveis de ansiedade e melhorar o humor das crianças, o que tem um

impacto positivo no bem-estar emocional da família como um todo (Sowa et al., 2012; Tse et al., 2020).

A participação na AFA proporciona ainda oportunidades para as crianças desenvolverem habilidades sociais e interagirem com os seus pares, algo frequentemente reconhecido pelas famílias como um benefício crucial na PEA (Huang et al., 2020; Zhao et al., 2018; Colombo-Dougovito et al., 2020).

Apesar dos muitos benefícios referidos, as famílias também enfrentam várias barreiras que podem dificultar a prática da AFA pelos seus filhos com PEA. A falta de instalações adequadas próximas à residência e a dificuldade de transporte são barreiras mencionadas pelas famílias (Sritharan et al., 2018). Ao mesmo tempo, o custo elevado de programas de AFA e de equipamentos adaptados pode ser um impedimento para muitas famílias (Bhat et al., 2023). A falta de conhecimento sobre programas de AFA disponíveis e que sejam realizados por profissionais com especialização nesta área, são barreiras adicionais que dificultam o acesso das crianças a estas atividades (Obrusnikova et al., 2011).

A maneira como as famílias percebem a prática de AFA dos filhos pode influenciar diretamente o nível de apoio e incentivo dado a essas atividades, refletindo a compreensão dos benefícios para o desenvolvimento e bem-estar das crianças. No entanto, é importante considerar que essa percepção não ocorre de forma isolada, mas está inserida num contexto mais amplo, onde o impacto da PEA na saúde mental dos familiares pode desempenhar um papel significativo. O *stress*, a ansiedade e outras pressões psicológicas enfrentadas pelos familiares podem influenciar as suas atitudes e a disponibilidade para apoiar a participação dos filhos na AFA.

2.3.3. Impacto da PEA na Saúde Mental dos Familiares

Catalano et al. (2020) relatam que a PEA não afeta apenas as crianças, mas também tem um impacto significativo na saúde mental dos seus familiares. Efetivamente, os pais e cuidadores de crianças com PEA enfrentam níveis elevados de *stress*, ansiedade e depressão (Bonis et al., 2016).

A necessidade constante de supervisão, de gerir comportamentos desafiadores e a preocupação com o futuro da criança contribuem para o aumento do *stress* parental. Assim, o *stress* crónico é uma realidade comum para pais e cuidadores de crianças com PEA. Há evidências de que os níveis de *stress* entre pais de crianças com PEA são

significativamente mais elevados em comparação com os pais de crianças com desenvolvimento típico (Davis e Carter, 2008). Os familiares de crianças com PEA referem ainda que, muitas vezes, experimentam isolamento social devido à dificuldade em participar em atividades sociais comuns, o que pode levar a sentimentos de solidão e depressão (George-Levi et al., 2024). A falta de entendimento e de suporte por parte da sociedade também pode agravar esse sentimento de isolamento e reduz o acesso dos pais a redes de suporte que poderiam proporcionar alívio emocional (Gray, 2002). A este respeito, pesquisas mostram que mães de crianças com PEA apresentam taxas mais elevadas de sintomas depressivos em comparação com mães de crianças com desenvolvimento típico, a incerteza sobre o futuro da criança, a dificuldade em encontrar e manter tratamentos adequados e o estigma social associado ao autismo podem contribuir para a ansiedade (Hastings et al., 2005; Ingersoll et al., 2011; Kulasinghe et al., 2021).

Adicionalmente, a PEA pode também afetar os relacionamentos familiares. O *stress* constante pode gerar tensões entre os cônjuges e outros membros da família. Estudos indicam que a taxa de divórcio entre pais de crianças com PEA é mais elevada em comparação com a média nacional, embora outros fatores (e.g., exaustão física e emocional, demandas financeiras, diferenças na aceitação e na abordagem ao diagnóstico, entre outros fatores) também possam estar envolvidos (Hartley et al., 2010; Anchesi et al., 2023).

Cridland et al., em 2016, afirmaram ainda que a dinâmica familiar pode ser profundamente alterada para os irmãos de crianças com PEA, que por vezes se sentem negligenciados ou sobrecarregados com responsabilidades adicionais.

O impacto da PEA na saúde mental e no bem-estar dos familiares é elevado, resultando, muitas vezes, em altos níveis de *stress*, ansiedade e desgaste emocional. No entanto, é importante considerar como a prática de AFA não só beneficia as crianças com PEA, como também pode ter efeitos positivos na saúde mental dos próprios familiares.

2.3.4. Impacto da prática de AFA na Saúde Mental de Familiares de crianças e jovens com PEA

A prática de AFA tem o potencial de melhorar a saúde mental dos familiares de crianças com PEA. Zhao et al. (2021) afirmam que os programas de AFA proporcionam um ambiente em que as crianças libertam energia, resultando em melhorias comportamentais que aliviam o *stress* dos cuidadores. Saber que os filhos estão

envolvidos em atividades benéficas e inclusivas traz alívio e melhora o bem-estar emocional dos pais. Além disso, a redução dos comportamentos disruptivos e o desenvolvimento de habilidades motoras e sociais nas crianças diminui a carga de cuidado e atenua a ansiedade parental (Hawkins et al., 2011).

A participação em programas de AFA cria ainda oportunidades para os familiares interagirem com outros pais e cuidadores em situações semelhantes, favorecendo a formação de redes de suporte essenciais para a saúde mental. Essa convivência permite o desenvolvimento de redes de apoio informais, nas quais os pais trocam experiências, estratégias e oferecem suporte emocional (Chakraborti et al., 2021). Estas interações contribuem para a diminuição do sentimento de isolamento, além de proporcionarem um espaço seguro para a partilha de vivências e técnicas de aceitação entre os pais (Lee et al., 2024).

O tempo de prática de AFA dos filhos oferece aos pais algum tempo livre, que pode ser utilizado para descansar, cuidar de si mesmos ou realizar outras atividades que não envolvem o cuidado direto da criança. Este alívio temporário é crucial para a manutenção da saúde mental dos pais, permitindo-lhes recarregar energias e reduzir o esgotamento (Jones et al., 2014).

Concomitantemente, observar os filhos a progredir e a beneficiar das atividades proporciona um grande sentimento de realização e esperança para o futuro. Isto melhora a perspectiva geral dos familiares sobre a AFA e contribui para uma atitude mais positiva em relação ao cuidado diário (Almeida e Costa, 2016). A satisfação de ver o progresso e o sucesso dos seus filhos aumenta a esperança e a felicidade, contrabalançando sentimentos de frustração e desânimo frequentemente associados à PEA (Lloyd et al., 2013). Estas conquistas, mesmo que pequenas, representam avanços significativos e reforçam a crença dos pais nas capacidades e no potencial dos filhos, o que é extremamente benéfico para a saúde mental e o bem-estar emocional dos mesmos (McConnell e Savage, 2015).

Em síntese, o envolvimento das famílias é fundamental para a prática bem-sucedida de AFA em crianças e jovens com PEA. As famílias não só facilitam a participação, como também colhem benefícios significativos desta prática. Apesar da existência de algumas barreiras, os benefícios da AFA para estas crianças e para as suas famílias são inegáveis. Neste contexto, é essencial uma abordagem inclusiva e colaborativa para promover a prática da AFA e melhorar a qualidade de vida das crianças com PEA e das suas famílias.

3. Material e Métodos

3.1. Metodologia

3.1.1. Desenho do Estudo

A escolha do método de pesquisa é uma estratégia que organiza criticamente as práticas de investigação, adquirindo uma importância fulcral no desenrolar do estudo (Costa, 1986). No caso desta investigação, optamos por uma pesquisa de natureza qualitativa exploratória, procurando compreender as experiências e perspectivas dos participantes. Esta abordagem centra-se na interpretação dos significados, motivações e contextos, de acordo com vivências comportamentais, culturais ou sociais dos sujeitos. Com efeito, a investigação qualitativa tenta perceber, através de fenómenos que acontecem na vida social, os significados que os participantes lhe atribuem (Seidman, 2013).

Um estudo de pesquisa qualitativa exploratória integra os preceitos da pesquisa qualitativa e uma abordagem exploratória (Creswell, 2014). Neste tipo de pesquisa, o principal objetivo é explorar e compreender um fenómeno ou problema de pesquisa pouco conhecido, recorrendo-se a métodos qualitativos para a recolha e análise de dados (Merriam e Tisdell, 2016).

A análise dos dados segue, geralmente, uma lógica indutiva, pois procura construir padrões, temas e teorias a partir dos próprios dados, em vez de lhes impor preconcepções do investigador (Seidman, 2013). Nesta medida, uma cuidada análise e leituras extensivas levaram-nos à escolha deste tipo de pesquisa, com recurso à entrevista semiestruturada como sendo a melhor forma de responder aos nossos objetivos.

Relativamente às entrevistas, Fontana e Frey, (2000) afirmam que estas são interações ativas entre duas ou mais pessoas, cujos resultados estarão dependentes dos contextos criados, ao invés de ferramentas neutras de recolha de dados. Assim, este tipo de abordagem possibilita percepções inesperadas e o entendimento de subtilezas não acessíveis através da aplicação de outros tipos de instrumentos (Patton, 2002), tal como se pretende nesta investigação.

Por fim, importa referir que o material recolhido neste estudo, através deste método e respetivo instrumento, terá de ser submetido a uma análise temática (Hastie e Hay, 2012).

3.1.2. Contexto e Participantes

Os participantes que constituíram este estudo foram doze mães de crianças e jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), com idades compreendidas entre os 5 e os 16 anos, e praticantes de AF regular.

Devido à proximidade profissional de uma das autoras com a Associação de Desporto Adaptado do Porto (ADADA), a seleção de participantes para este estudo centrou-se nesta associação. A ADADA é uma associação sem fins lucrativos que tem por objetivo “promover, divulgar e proporcionar a prática desportiva a cidadãos das cinco grandes áreas de deficiência” (Associação de Desporto Adaptado do Porto, 2014). Nesta associação, os praticantes podem optar pelas modalidades de Natação, Boccia, Futsal e Badminton. Na tabela 2 apresenta-se a caracterização detalhada do grupo de estudo, subdividida em duas partes, a primeira sobre o participante: idade, género, habilitações literárias, estado civil e profissão, e a segunda parte sobre o seu filho: idade, género e AF que pratica.

Tabela 2 - Caracterização do grupo de estudo

Nº da entrevista	Entrevistado(a)					Filho(a) com PEA		
	Idade	Género	Estado Civil	Habilitações Literárias	Profissão	Idade	Género	AF praticada
E1	35	Feminino	Solteira	Mestrado	Gestora de Marketing	5	Masculino	Natação; Ginástica
E2	45	Feminino	Divorciada	Pós-Graduação	Administrativa	10	Masculino	Natação
E3	44	Feminino	Solteira	9ºano	Auxiliar de ação educativa	14	Masculino	Natação
E4	42	Feminino	União de Facto	Licenciatura	Arquiteta/ Estudante	10	Masculino	Natação e Hipoterapia
E5	53	Feminino	Casada	Licenciatura	Professora	12	Masculino	Natação
E6	45	Feminino	Casada	9º ano	Empregada Doméstica	16	Masculino	Natação
E7	46	Feminino	Casada	12º ano	Cuidadora	15	Masculino	Natação
E8	40	Feminino	Casada	12º ano	Operadora de Supermercado	9	Masculino	Natação
E9	47	Feminino	Casada	Doutorada	Jornalista	9	Masculino	Natação
E10	44	Feminino	Divorciada	Licenciatura	Professora	12	Feminino	Natação e Boccia
E11	39	Feminino	União de Facto	Mestrado Integrado	Endocrinologista	9	Masculino	Natação
E12	48	Feminino	Divorciada	Licenciatura	Professora de Matemática	8	Masculino	Natação

E = Entrevista

De acordo com a Tabela 2, a faixa etária do grupo de estudo varia entre os 35 e os 53 anos de idade, sendo a maioria casada. Todas as crianças e jovens são do sexo masculino, à exceção da filha da entrevistada E10. As idades dos alunos com PEA variam entre os 5 anos e os 16 anos.

Os entrevistados são mães de crianças e jovens com PEA que praticam natação adaptada, este facto não é de estranhar visto que a natação é a modalidade com maior número de praticantes na ADADA. Ao longo do estudo, a nossa intenção não foi fazer qualquer tipo de comparação entre modalidades e, portanto, esta informação não foi considerada na seleção do grupo de participantes.

3.2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

3.2.1. Entrevistas

Existem três tipos de entrevista, a estruturada, a não estruturada e a semiestruturada. A primeira segue um guião rígido com perguntas predefinidas, aplicadas na mesma ordem para todos os entrevistados, esta é ideal para comparações e análises quantitativas; a segunda, é mais flexível, sem guião fixo e nesta o entrevistador tem a liberdade para explorar tópicos conforme a conversa evolui, permitindo respostas mais detalhadas e espontâneas. A última combina elementos das duas anteriores, onde o entrevistador segue um guião básico, mas pode adaptar perguntas ou explorar novos tópicos conforme necessário, equilibrando consistência e flexibilidade (Doody et al., 2013).

No presente estudo optamos por utilizar entrevistas semiestruturadas. As entrevistas semiestruturadas emergem como uma ferramenta valiosa e flexível na pesquisa qualitativa, estas procuram obter perceções inesperadas e o entendimento de subtilidades (Patton, 2002). Segundo Roquoy (1997), o objetivo da entrevista semiestruturada é explorar livremente o pensamento, mas ao mesmo tempo conseguir manter o foco do tema em estudo. Este método de recolha de dados concilia a estruturação prévia de um guião com a liberdade para os participantes expressarem as suas visões, experiências e nuances, o que torna vantajosa a sua utilização.

De acordo com Gibson e Brown (2009), neste tipo de entrevistas, os investigadores têm a liberdade de estimular os entrevistados a fornecerem mais informações sobre determinados assuntos, explorando-os de forma mais discursiva e

menos estruturada. O investigador pode ainda inquirir sobre novos tópicos que vão surgindo ao longo da entrevista e que não estão incluídos no guião inicial.

As entrevistas semiestruturadas são valorizadas em pesquisas qualitativas pois permitem uma compreensão mais detalhada e única acerca dos fenómenos estudados, garantindo aos participantes a oportunidade de expressarem a sua verdadeira identidade (Creswell, 2013). A entrevista permite ainda seguir novas linhas de raciocínio ao longo da mesma e adaptar, se necessário, as perguntas do guião (DeJonckheere et al., 2019).

Neste estudo, a investigadora tentou tornar as entrevistas num momento o mais natural possível. Para facilitar a interação, a investigadora recorreu a exemplos da sua própria experiência. Por exemplo, o facto de a investigadora e o entrevistado já se conhecerem faz com que alguns dos tópicos abordados durante a entrevista já tenham sido abordados anteriormente, em conversas informais, e desta forma a investigadora pode utilizar ideias referidas anteriormente para dar continuidade à conversa. Isto não só ajudou a estabelecer uma conexão mais genuína entre o investigador e o entrevistado, como permitiu encorajar o último a partilhar as suas próprias experiências e perspetivas de uma maneira mais aberta e reflexiva. De acordo com Gibson (2009), este tipo de abordagem pode contribuir para um estudo mais rico e pertinente.

3.2.2. Construção do Guião

A criação de um guião é crucial numa entrevista semiestruturada, pois este ajuda a manter o fio condutor aquando da sua concretização. A principal vantagem para o uso de um guião é que este assegura que o investigador conseguirá obter a informação que necessita com o uso cuidadoso do tempo que lhe é disponível (Patton, 1987). Ao adotar esta abordagem, faz com que haja uma combinação quase detalhada da estrutura e liberdade da entrevista, facultando ao investigador uma capacidade de obter informações mais contextualizadas e dadas ao pormenor (Patton, 1987).

A construção do guião da entrevista para o presente estudo passou por diversas fases. A primeira fase foi a pesquisa bibliográfica, que serviu para conhecer melhor o tema e perceber o que já tinha sido investigado nesta área, bem como as lacunas existentes. Face a estes dados, foi possível clarificar os objetivos deste estudo e as questões a investigar. De seguida, a segunda fase, consistiu na construção da primeira versão do guião, o qual foi avaliado e ajustado por duas docentes especialistas neste tipo de metodologia. Depois do aval para a utilização desta primeira versão do guião, e da

elaboração do Termo de Consentimento, Livre, Informado e Esclarecido, foram realizadas duas entrevistas piloto, que tinham como principal objetivo testar o guião, a sua coerência, credibilidade e adequação aos objetivos deste estudo. Assim, terminadas as entrevistas piloto, foram realizadas as necessárias alterações ao guião e definida a versão final a utilizar para as entrevistas.

O guião final é composto por treze questões de resposta aberta e oito questões de resposta fechada para recolha de dados biográficos do entrevistado e do seu filho(a), para posterior caracterização do grupo de estudo. O guião está subdividido em duas partes, uma em que as perguntas colocadas são sobre a criança ou jovem com PEA, abordando temas como a participação na prática de AF, particularmente: a importância da AF; o diagnóstico e início da prática da AF; alterações comportamentais devido à prática de AF; e ainda as barreiras para a prática da AF. A segunda parte é direcionada para os pais/mães das crianças com PEA integrando temas como: a perceção sobre o tempo de prática de AF dos seus filhos; hábitos de prática de AF; mudanças percebidas no seu bem-estar psicológico; sendo ainda dado espaço aos pais para que possam mencionar factos que considerem pertinentes para o estudo.

3.2.3. Recolha de Dados

O nosso grupo de estudo foi selecionado por conveniência. Após apresentação dos objetivos do estudo, as entrevistas foram agendadas com todos aqueles que aceitaram participar. Os contactos telefónicos foram disponibilizados pela ADADA e a autora deste estudo realizou todas as comunicações.

As entrevistas foram gravadas com dois dispositivos para garantir a viabilidade de todas as informações que eram captadas. Os dispositivos utilizados para a gravação tornaram o ambiente ainda mais tranquilo, pois eram impercetíveis durante as entrevistas que se tornam em conversas desinibidas e naturais.

Relativamente ao tempo de duração das entrevistas, estas tiveram em média 30,83 minutos. A mais longa teve a duração de 58 minutos e mais curta de 15 minutos. Antes de cada entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento, Livre, Informado e Esclarecido, que foi lido e assinado por cada um dos participantes.

As entrevistas deste estudo foram realizadas durante o mês de maio e junho de 2024, nas instalações da ADADA, tentando sempre garantir que o ambiente era tranquilo

e aprazível para todos os envolvidos. As entrevistas foram quase todas realizadas durante o tempo de prática de AF das crianças e jovens com PEA, simplificando todo o processo.

3.2.4. Análise Temática

Após a recolha dos dados, todas as entrevistas foram transcritas de forma integral, antes de iniciar o processo de análise temática. Braun e Clarke (2006) referem que a análise temática é uma das principais abordagens utilizadas na pesquisa qualitativa, oferecendo uma estrutura flexível e adaptável para explorar a complexidade dos dados, sem impor categorias ou estruturas analíticas predefinidas. Este método de investigação destaca-se pela sua capacidade de permitir que os investigadores mergulhem profundamente nos dados brutos, seja por meio de transcrições de entrevistas, observações de campo ou análise de documentos (Flick, 2018).

O primeiro passo neste processo foi a familiarização com os dados, onde as investigadoras imergiram nas transcrições das entrevistas para entender o contexto e o conteúdo subjacente (Patton, 2015). Esta fase inicial é essencial para estabelecer uma base sólida para a análise subsequente.

Segundo Guest et al. (2012), a codificação aberta é o próximo passo, onde as investigadoras identificam conceitos, temas ou padrões emergentes nos dados, de maneira livre e não restritiva. As unidades de significado são identificadas e codificadas sem a aplicação de um esquema de codificação predefinido, permitindo que os temas surjam organicamente da análise.

À medida que as codificações emergiram, foram agrupadas em categorias ou temas mais amplos. Este processo de categorização e agrupamento ajuda a identificar similaridades entre as codificações e a organizar os dados de maneira mais coerente e compreensível (Miles et al., 2014).

Com base nos padrões identificados, as investigadoras começaram a desenvolver temas e subtemas que capturam os padrões subjacentes nos dados (Nowell et al., 2017). Estes temas emergiram indutivamente da análise e refletem os principais aspetos do fenómeno em estudo, proporcionando uma compreensão mais profunda e holística dos dados.

Braun e Clarke (2006), afirmam que durante a fase de refinamento e revisão, os temas e subtemas são cuidadosamente revistos e refinados à medida que a análise avança.

Isto pode envolver a reorganização de categorias, a identificação de novos padrões e a eliminação de redundâncias para garantir a precisão e a validade dos resultados.

Na análise das entrevistas, todas estas indicações foram seguidas, tendo sido possível detetar vários temas comuns entre os entrevistados, os quais serão, seguidamente, alvo de apresentação e análise.

4. Apresentação dos Resultados

No presente capítulo iremos abordar os temas e subtemas que emergiram da análise dos dados recolhidos através das entrevistas.

Os temas que emergiram foram: i) Do diagnóstico à prática de AF, com os subtemas: O diagnóstico e o seu impacto e; Iniciação à prática de AF; ii) Benefícios e Barreiras na Prática de AF, com os subtemas: Benefícios da prática de AF e; Obstáculos para a prática de AF; iii) Impacto da AF na dinâmica familiar, com os subtemas: Hábitos de AF das Famílias e; Vivências da prática de AF dos seus filhos. De seguida apresentam-se os resultados correspondentes.

4.1. Do diagnóstico à prática de AF

Este primeiro tema reporta-se ao diagnóstico e ao impacto que este tem para os pais de crianças e jovens com PEA. Neste tema falaremos ainda sobre a iniciação à prática de AF nesta população. Assim, iremos explorar todo o processo de adaptação familiar, bem como o que levou estas famílias a procurar a AF para os seus filhos.

4.1.1. O diagnóstico e o seu impacto

Neste subtema tentamos compreender como as mães e as famílias receberam o diagnóstico de PEA, na perspetiva de compreender as conotações atribuídas à diagnose.

Na generalidade, as mães das crianças e jovens com PEA entrevistadas relatam que os diagnósticos chegaram numa fase precoce, por volta dos 2 a 3 anos na grande maioria.

O diagnóstico surgiu, em alguns dos casos, como uma confirmação, tal como nos mostrou a entrevistada E10 ao dizer, “(...) uma confirmação do que já suspeitava (...)” (excerto retirado da E10). Noutros casos, a confirmação foi vista como uma surpresa, como vemos neste excerto: “(...) a confirmação é sempre uma surpresa (...)” (excerto retirado da E9).

Receber o diagnóstico foi identificado como uma experiência impactante, no entanto, a maioria das mães já suspeitava que o filho poderia ter PEA, como vemos no discurso da entrevistada E8, “Foi um choque, apesar de eu já estar a contar (...)” (excerto retirado da E8) e da entrevistada E2 que revelou que pensa que todas as mães suspeitam “(...) toda a mãe desconfia, (...)” (excerto retirado da E2).

Adicionalmente, o diagnóstico parece ser vivido por alguns pais como um momento de luto, pela quebra das expectativas que projetavam para os seus filhos pois, para eles, este diagnóstico é algo irreversível e o pouco conhecimento que detinham sobre a PEA mostrava-lhes sempre o pior dos cenários possível, como nos revelou uma mãe nesta entrevista:

“Chorei imenso, porque achava que ter um filho autista seria como ter um filho vivo-morto.”

(excerto retirado da E12)

A entrevistada E2 revelou-nos o sentimento no momento em que a médica atribuiu o diagnóstico ao seu filho:

“(...) ouvir pela médica a dizer que ele tem autismo é como a morte de um filho, temos de fazer um luto, ou seja, do filho que nós estávamos à espera que ele fosse e que não é, nem vai ser nunca.”

(excerto retirado da E2)

Apenas duas mães relataram que tiveram algum tipo de acompanhamento psicológico na fase inicial do diagnóstico, referindo que este foi bastante proveitoso para ajudar a compreender a PEA, como percebemos pelo seguinte discurso E3:

“Tive a ajuda... da médica (...) mandou-me para a Faculdade de Psicologia para fazer uma introdução de um ano e meio com a oficina dos pais em rede. No qual, ajudaram-me imenso a conhecer o autismo, o que se passava com o autismo, as várias características... porque há os vários graus. Depois disso já me senti mais confortável porque a equipa me ajudou. O N tinha terapia para ele e eu tinha terapia para mim.”

(excerto retirado da E3)

A entrevistada E4, mencionou que foi aconselhada a fazer consultas de psicologia após o diagnóstico e que procurou essa ajuda para melhor entender a PEA:

“Depois fomos aconselhados a ir a uma psicóloga, foi essa conversa que ajudou a conhecer mais sobre a doença, o que fazer e como agir, se bem que uma pessoa nunca sabe lidar a cem por cento com o autismo.”

(excerto retirado da E4)

Após o diagnóstico, as entrevistadas parecem ter tentado reagir positivamente.

“Há aquele impacto inicial, mas acho que tem a ver com a nossa personalidade, a minha e do pai, a nossa preocupação não foi coitadinho porque ele tem um diagnóstico, foi agora o que é que nós vamos fazer. Eu não sabia absolutamente nada acerca de uma criança autista, nada... eu não conhecia nenhuma, eu nunca tinha tido contato com nenhuma anteriormente.”

(excerto retirado da entrevista E1)

Uma das mães recebeu o diagnóstico no estrangeiro, e ela sentiu que por mais desafiador que tenha sido, isso pode ter tido um impacto positivo no acompanhamento do seu filho. Assim, a experiência do diagnóstico parece ser também moldada pelo contexto em que ocorre. Neste caso, a entrevistada relatou desafios adicionais pelo facto de viver noutro país, mas também reconheceu os benefícios que isso trouxe ao seu filho, através do trabalho de intervenção precoce a que teve acesso desde muito cedo.

“Receber um diagnóstico destes no estrangeiro é muito pior; não temos a família, a língua é diferente, enfim... todas as dificuldades para trabalhar, para ter tempo de dar apoio ao P. Foi mais desafiador nesse sentido, mas acabou por ser ótimo ter acesso à intervenção precoce que eu não sei se conseguiríamos aqui e, portanto, acabou por ter um final feliz, nesse sentido. Estávamos no lugar certo.”

(excerto retirado da entrevista E9)

Podemos, desta forma, inferir que o diagnóstico de PEA tem um impacto profundo e variado na vida dos pais, variando entre sentimentos de surpresa, choque e alívio, em função das circunstâncias individuais e do nível de suspeita prévia. Para muitos, o diagnóstico marca um ponto de viragem, exigindo a adaptação a uma nova realidade e, em alguns casos, o luto pela perda das expectativas que tinham para os seus filhos. Apesar das dificuldades iniciais, os pais tendem a procurar formas de enfrentar a situação de forma positiva, com alguns relatando o apoio psicológico como crucial para melhor compreender e lidar com a PEA. Estes relatos sublinham ainda a importância de um suporte contínuo e de uma intervenção precoce, capaz de ajudar as famílias a ultrapassar este momento com mais confiança e clareza.

4.1.2. Iniciação à prática de AF

Neste tema exploramos a iniciação à prática de AF, na perspectiva de compreender o que esteve na base da escolha deste tipo de atividade para os seus filhos.

Algumas das entrevistadas relataram que a procura pela AF partiu da sua própria vontade, na tentativa de dar resposta às necessidades inerentes a algumas das características específicas associadas à PEA.

Por seu turno, outra mãe referiu que foi por aconselhamento médico que procurou a AF para o seu filho, como vemos no excerto seguinte: “O médico de família recomendou-nos a equitação adaptada (...)” (excerto retirado da E4).

Outra mãe refere ainda que procurou a AF como forma de relaxamento para o seu filho: “(...) ele iniciou a natação, até porque, a água foi sempre no sentido de o relaxar.” (excerto retirado da E3).

Muitas mães revelaram que o gosto dos filhos pela água foi o que as levou a procurar a natação como primeira modalidade. A entrevistada E10 revelou-nos que a sua filha tem uma ótima relação com a água, “a A tem uma ótima relação com a água, ela sempre adorou água e estar dentro de água.” (excerto retirado da E10); e ainda, no excerto da E7, a mãe referiu que quando iam para a piscina, principalmente nas férias, a criança gostava imenso de estar na água, “(...) nas férias, quando íamos para uma piscina, ele adorava.” (excerto retirado da E7).

Adicionalmente, algumas mães referiram ainda que a procura da natação como modalidade passou por uma questão de segurança, como vemos no excerto seguinte:

“(...) nós procurámos a natação porque nós achámos que era uma questão de segurança, aliás antes de termos um filho já sabemos que devia ter de aprender a nadar, (...)”

(excerto retirado da E1).

Em suma, o início da prática de AF entre crianças com PEA revela-se fortemente influenciado pelas mães, que, em muitos casos, tomam a iniciativa de procurar atividades adequadas para atender às necessidades dos filhos, bem como atividades que sejam capazes de proporcionar o seu bem-estar físico e emocional. Além disso, os conselhos médicos também desempenham um papel importante na escolha deste tipo de atividade.

4.2. Benefícios e Barreiras na Prática de AF

Neste subtema, abordaremos os benefícios e os obstáculos percebidos pelos pais para a prática de AF. Este subtema irá ajudar-nos a entender melhor a forma como os pais veem a prática de AF dos seus filhos.

4.2.1. Benefícios da prática de AF

No decorrer das entrevistas, várias mães referiram os benefícios que encontraram na prática de AF dos seus filhos. Estes relatos são indicativos da importância que estes pais atribuem à AF, como é perceptível na entrevista E5, por exemplo, em que a mãe revelou que:

“(...) tenho a certeza de que o exercício físico foi das melhores coisas que lhe apareceu e nunca vai largar, porque todos os pais aqui têm essa noção, de que realmente os benefícios são grandes (...)”

(excerto retirado da E5).

Algumas mães chegam mesmo a referir que utilizam a natação como uma forma de levar os filhos a realizarem aquilo que elas pretendem, uma vez que o seu gosto pela prática da modalidade é grande, como pudemos perceber por este excerto: “Eu acho que ele mais a nível de objetivo, ou seja, se eu direcionar alguma coisa para a piscina, ele faz. (...) Como é uma coisa que ele gosta muito, (...) ele vê como uma recompensa mas não é bem recompensa, é mais como um objetivo “Se eu fizer isto, tenho a piscina” é mais isso e nesse aspeto funciona perfeitamente.” (excerto retirado da E2).

Estes benefícios são percecionados, essencialmente, ao nível da autonomia, relaxamento e sono. Com efeito, alguns dos benefícios mais mencionados dizem respeito à melhoria da qualidade do sono e ao relaxamento. Efetivamente, as mães revelaram que quando os filhos chegam a casa depois da prática de AF estão mais calmos e mais relaxados, neste caso apresentamos dois excertos, um sobre a Natação na entrevista E11:

“(...) percebe-se que está muito melhor e quando ele faz, a semana é mais calma, ele está mais tranquilo quando chega a casa e essa semana também corre melhor (...)”

(excerto retirado da E11);

e outro sobre a Hipoterapia na entrevista E4:

“(...) quando vai à hipoterapia chega mais cansado e não anda sempre com aquela energia toda acumulada (...)”

(excerto retirado da E4);

A entrevistada E6 revelou-nos que o próprio filho, apesar das limitações, consegue verbalizar o sentimento após a prática de AF: “Ele próprio sai da piscina e diz que está relaxado.” (excerto retirado da E6).

Quanto à autonomia, muitas mães revelaram melhorias no vestir e despir, como é o caso da entrevistada E11, “(...) acaba por colaborar um bocadinho mais e isso também posso exigir dele em casa. Se eu sei que ele se consegue despir aqui na natação, então ele também consegue fazer isso em casa.” (excerto retirado da E11).

Apesar disto, nem todas as mães conseguem atribuir benefícios isoladamente à prática de AF porque os seus filhos beneficiam de um conjunto de terapias e atividades que, combinadas, podem ser responsáveis por estes ganhos. De facto, crianças com PEA são normalmente acompanhados por uma equipa multidisciplinar e, desta forma, as mães atribuíram os benefícios ao trabalho de toda esta equipa e não separadamente à AF como vemos no excerto seguinte: “Eu não consigo atribuir isso, isoladamente, à prática de exercício físico (...)” (excerto retirado da E1); ou ainda, na entrevista E10, “Eu não posso dizer com 100% de certeza em que medida é que contribuiu, porque isto é um bolo (...), mas contribuiu muito!” (excerto retirado da E10).

As entrevistas destacaram os benefícios significativos que as mães observam na prática de AF pelos seus filhos com PEA. Estes benefícios, amplamente reconhecidos pelas famílias, abrangem melhorias na autonomia, relaxamento e qualidade do sono. As mães relataram que, após a prática de AF, os filhos estão mais focados, calmos e capazes de seguir rotinas diárias com maior independência. No entanto, algumas mães sublinharam que os benefícios observados não podem ser atribuídos exclusivamente à AF, uma vez que o progresso dos filhos resulta de uma combinação de várias terapias e intervenções. Esta visão holística sugere que, embora a AFA seja uma parte importante do desenvolvimento das crianças, o seu impacto positivo é potencializado quando integrada num conjunto mais amplo de cuidados e práticas terapêuticas.

4.2.2. Obstáculos para a prática de AF

Neste próximo subtema falaremos das barreiras percebidas pelos pais de crianças e jovens com PEA para a prática de AFA. Aqui percebemos o que pode influenciar negativamente a prática de AF.

Nas entrevistas realizadas, várias mães relataram que existe uma oferta limitada de prática de AF para as crianças com PEA: “(...) há pouca oferta e poucas ajudas (...)” (excerto retirado da E5). Com efeito, nas diversas entrevistas, quando falávamos dos obstáculos, quase todas as mães referiram o mesmo, a falta de oferta a preços acessíveis, como nos excertos seguintes:

” Devia haver mais oferta gratuita, até porque eu acredito mesmo que haja pessoas que não podem pagar.”

(excerto retirado da entrevista E6)

“Se calhar devia haver mais oferta a preços acessíveis, já se sabe que havendo dinheiro há (oferta)!”

(excerto retirado da E7)

“Só gostava que houvesse mais oferta, a nível de desporto para crianças com necessidades especiais.”

(excerto retirado da entrevista E2)

Outra barreira que emergiu das entrevistas foi a falta de especificidade ou adaptabilidade durante a prática de AF, algo que está diretamente associado à necessidade de profissionais especializados na área da AFA para trabalhar com estas crianças e jovens, bem como de classes específicas. A entrevistada E10, mostrou-nos isto ao longo do seu discurso.

“E só não fez antes porque ainda o tentei logo colocar assim cedo nas aulas de natação, na piscina da Folgosa, mas não estava adaptado para ele, o professor até tinha receio de lidar com ele porque não sabia o que havia de fazer e depois estava inserido numa turma grande e, pronto, saiu até eu encontrar uma resposta mais adequada (...)”

(excerto retirado da entrevista E5)

Com as entrevistas os pais revelaram o desejo para que haja mais oportunidades para os seus filhos praticarem desporto, como vemos no seguinte excerto.

“A única coisa era que gostava que houvesse mais oportunidades para estas crianças praticarem desporto do que o que há.”

(excerto retirado da entrevista E12)

Adicionalmente, a falta de tempo por parte dos pais parece ser também uma barreira já que várias mães afirmaram que se tivessem mais tempo, os filhos também fariam mais AF. Na entrevista E8 fica claro este descontentamento por parte da mãe:

“Eu até poderia acompanhar melhor o meu filho, mas não dá tempo para trabalhar, cuidar dele, tirar formações para o ajudar... Porque apesar das crianças serem todas iguais, estas crianças, em específico, precisarão de um bocadinho mais atenção que as outras.”

(excerto retirado da entrevista E8)

Quando questionada sobre as barreiras que encontrava para a prática, a entrevistada 4, disse:

“O tempo especialmente. Nós como casal temos um tempo bastante reduzido para lhe dar a atenção que ele merece, até porque com 2 crianças ainda mais complicado se torna.”

(excerto retirado da entrevista E4)

Outra barreira identificada pelos pais foi a falta de qualificação dos profissionais, isto é, quando encontravam algum espaço disposto a receber os filhos, nem sempre este espaço dispunha de profissionais capacitados para fazer a adaptação da aula às características específicas da criança ou jovem com PEA.

“(...) percebemos que não é qualquer professor que sabe lidar com ele, pronto então aí começamos a afunilar e a perceber onde é que ele se encaixava, onde é que nós o sentíamos melhor (...)”

(excerto retirado da entrevista E1)

“Haver sempre uma estabilidade a nível de técnicos é sempre importante e formação neste âmbito é essencial. (...)”

(excerto retirado da entrevista E5)

Os resultados apresentados evidenciam que os pais enfrentaram diversas barreiras na iniciação à prática de AFA dos seus filhos com PEA. As dificuldades financeiras são uma das principais limitações, com muitas mães a expressar a necessidade de mais opções acessíveis ou gratuitas nesta área, já que a oferta atual é limitada e pesada financeiramente para as famílias. A falta de informação adequada e a escassez de profissionais qualificados também emergem como obstáculos importantes nos discursos das entrevistadas, dificultando o acesso a atividades adaptadas às necessidades específicas das crianças. Além disso, a falta de tempo disponível por parte dos pais, muitas vezes sobrecarregados com responsabilidades profissionais e de cuidado dos filhos, impede que estas crianças e jovens possam praticar AF com maior regularidade. Estes desafios sublinham a necessidade de um maior apoio institucional e de recursos humanos especializados, para garantir que todas as crianças possam ter acesso à prática de AFA e aos benefícios dela decorrentes, independentemente das circunstâncias financeiras, de tempo ou da disponibilidade de profissionais especializados.

4.3. Impacto da AF na dinâmica familiar

Este último tema subdivide-se em dois subtemas, o primeiro: hábitos de AF das Famílias e o segundo: Vivências da prática de AF dos seus filhos.

4.3.1. Hábitos de AF das Famílias

Neste subtema iremos falar sobre os hábitos familiares de prática de AF. A este nível os entrevistados mostraram que têm diferentes hábitos de AF, apesar disso, todos reconhecem a importância da sua prática.

A falta de tempo de alguns pais faz com que a prática de AF não seja uma prioridade. Os pais preferem dedicar todo o seu tempo aos seus filhos, negligenciando a prática desportiva. Exemplo disso, é o seguinte excerto:

“Não, não temos tempo. Antigamente fazia caminhadas, na altura que estava a tirar a licenciatura, mas neste momento não tenho tempo. Todo o meu tempo é dedicado aos meus filhos.”

(excerto retirado da entrevista E4)

Apesar da vontade, as mães revelam que nem sempre é fácil ultrapassar os desafios de ter um filho com PEA e, portanto, o desporto e a AF passam para último na lista de prioridades, como é o caso da entrevistada E12:

“Não, não é costume. Muitas vezes até posso querer, no entanto não tenho energia para tal. Ser mãe já não é fácil, de um menino assim ainda pior. Parece que é acrescentar algo a uma lista já muito grande. Antes de ser mãe tinha muito mais energia, mas é um desgaste emocional muito grande.”

(excerto retirado da entrevista E12)

Dos pais que fazem AF, a maioria refere que o exercício que mais fazem são as caminhadas com os filhos ou em família, como é o caso das entrevistadas E2 e E8, “(...) gosto de dar uma caminhada com ele à beira da praia (...)” (excerto retirado da E2).

“Depende muito do tempo. Procuo sempre fazer uma caminhada com ele depois do jantar. Digo que vamos comer um gelado, mas claro que o objetivo é tirá-lo de casa, fazer com que se sintam bem noutros ambientes e nos dias que não tem natação acaba por fazer um bocadinho de desporto. É bom tanto para ele como para mim. (...) Já fazíamos estas caminhadas antes do T nascer e agora continuamos.”

(excerto retirado da entrevista E8)

Os hábitos familiares de prática de AF variam significativamente entre as famílias, refletindo as suas diferentes realidades e prioridades. Enquanto algumas mães têm hábitos mais regulares, outras não conseguem praticar AF, atribuindo esse facto à falta de tempo e ao desgaste emocional. Contudo, todas veem a AF como essencial na vida das crianças e das famílias, reconhecendo que esta devia estar presente de forma mais regular na vida de todos.

4.3.2. Vivências da prática de AF dos seus filhos

Neste subtema os tópicos a serem abordados dizem respeito aos sentimentos referentes à prática de AF dos filhos. Falaremos também de como esta prática tem impacto no dia a dia das famílias e das crianças e jovens.

Os relatos de um misto de emoções foram predominantes no que diz respeito à primeira vez em que os pais deixaram as crianças na AF. Algumas mães mencionam que foi um processo fácil porque nunca tiveram medos quanto à prática de AF, como vemos na entrevista E7, “Nunca tive receio aqui, até porque estamos sempre a ver e porque vi que ele gostava.” (excerto retirado da E7). É possível ver através da entrevista E12 que apesar de sentir confiança por parte da profissional que acompanhava o filho, o sentimento de medo estava presente no seu caso:

“Eu senti-me muito bem, a professora transmitiu-me logo muito confiança, sentia um bocado de medo porque receava o comportamento do A, do género, será que ele vai gostar será que não.”

(excerto retirado da entrevista E12, p.4)

No entanto, há também relatos de ansiedade, como foi o da entrevista E10 que quando questionada sobre como foi deixar a filha pela primeira vez na AF disse: “Foi uma ansiedade grande e depois ver que ela não estava a responder bem, (...)” (excerto retirado da E10). Esta mãe refere que a aula não estava a correr bem e que a filha não estava confortável e a responder bem aos estímulos.

Perante isto, algumas mães confirmam que este sentimento inicial de receio só melhorou depois de confiarem nos profissionais que estavam com os filhos. A entrevistada E1, mostra-nos exatamente isso ao longo do seu discurso:

“(...) nós, obrigatoriamente, temos de confiar. Pronto, deixámos... as coisas correm bem, da próxima vez confiámos mais um bocadinho. As coisas correm bem, confiámos mais um bocadinho e pronto, chega ali uma altura que (...), já me sinto relaxada! Mas no início não me sinto e se calhar a culpa não é do profissional, é a minha. Mas hoje em dia, já me sinto bem em deixá-lo na prática.”

(excerto retirado da entrevista E1)

Concomitantemente, perguntamos às mães o que significava para elas o tempo de prática de AF dos seus filhos e uma grande maioria respondeu que sentia que era como uma pausa “Uma pausa, (...)” (excerto retirado da E2); outras como um intervalo: “Um intervalo, (...)” (excerto retirado da E7), ou ainda, como um tempo para relaxarem: “(...) um tempo para relaxar um bocadinho (...)” (excerto retirado da E10).

As mães revelaram também que aproveitavam este tempo para fazer algumas coisas que não têm oportunidade para fazer enquanto estão com os filhos. No caso da entrevistada E11, aproveita o tempo para estudar ou trabalhar:

“Depende, eu quando posso costumo estudar. Ouço aulas, vejo apresentações de Congressos, se puder estudo um bocadinho ou trabalho no computador, mas normalmente estudo pelo telemóvel.”

(excerto retirado da entrevista E11)

Algumas mães referiram ainda que aproveitavam este tempo para realizar algum tipo de AF, por vezes uma caminhada, como nos sugere a entrevistada E8:

“Depende muito, às vezes vou dar uma voltinha a pé, outras vezes fico apenas a vê-lo, mas a sensação é sempre a mesma. Uma lufada de ar fresco, é o tempinho que tenho só para mim.”

(excerto retirado da entrevista E8)

Noutras entrevistas, este é um tempo de descanso, uma pausa em que aproveitam para tomar um café e observar os filhos nas suas aulas ou treinos.

“Às vezes só observá-lo por exemplo, às vezes fazer uns apontamentos de umas coisas que preciso de fazer e organizar-me um pouco. Mas na maior parte das vezes estou mesmo em modo off, porque estou a observá-lo e estou aqui a tomar o meu café porque também é uma pausa e aproveito.”

(excerto retirado da entrevista E6)

Algumas mães mencionam que aproveitam este tempo para conversar com outros pais, para partilhar conhecimentos e experiências e para falarem com pessoas que realmente compreendem a PEA.

“Normalmente é assim, quando estão aqui mais pais, a gente tenta estar na conversa um bocadinho, distrai-se (...)”

(excerto retirado da entrevista E5)

No entanto, quase todas as mães referiram que ficam mais tranquilas e descansadas porque sabem que o filho está bem na atividade e confiam nos profissionais que estão com eles: “(...) como sabemos que ele está bem e a divertir-se estamos mais descansados.” (excerto retirado da E4). Essa confiança parece ter um impacto significativo na maneira como elas vivenciam o dia a dia.

Além disso, os sentimentos das mães alteram-se nos dias de prática de AF. Elas revelaram que, após desfrutarem de um tempo de pausa durante a aula ou treino do filho, chegam ao final do dia com outra disposição. Este momento que têm para si mesmas torna-se, de facto, benéfico para o seu bem-estar geral, resultando numa tendência para que o resto do dia corra melhor.

A entrevistada E1 apresenta-nos um excelente exemplo desta sensação de bem-estar:

“As coisas fluem melhor (...) porque não é fácil uma pessoa estar relaxada. Por mais que tudo o resto me esteja a correr bem, não é fácil estar relaxada quando estou com uma criança agitada, aquilo a dada altura mexe connosco, era impossível que não mexesse, só se nós estivéssemos num estado meio anormal, meio sedado para uma criança agitada não mexer connosco. Então é quase uma coisa lógica, ou seja, se o miúdo está mais calmo, se ele praticou a atividade dele e se ele ao fim de quarenta e cinco minutos está mais calmo, ele vem ter comigo mais calmo e eu também não tenho razões, não é, para não conseguir manter a situação por isso, tudo corre melhor.”

(excerto retirado da entrevista E1)

A entrevistada E12 refere que tarefas básicas do dia a dia, como fazer o jantar, tornam-se ainda mais simples porque não se sente tão cansada, sente que fez o seu papel de mãe e por isso que as coisas correm melhor.

“Quando ele vai à piscina até parece que as coisas correm melhor, sinto-me menos cansada, até coisas simples como fazer o jantar, tenho mais vontade... sinto que estou menos cansada, não sei explicar. Especialmente se as coisas correrem bem e ele fizer tudo o que a professora mandar. Sinto uma sensação de dever cumprido, as vitórias dele são minhas, posso até vivê-las mais do que ele próprio.”

(excerto retirado da entrevista E12)

Os sentimentos dos pais ao deixarem os seus filhos na prática de AF alteram-se ao longo do tempo e a ansiedade e insegurança inicial dão lugar a uma maior confiança e serenidade. Os relatos mostraram que, apesar do receio inicial, à medida que os pais observam o prazer e a segurança das crianças nas atividades, os seus sentimentos transformam-se, proporcionando uma sensação de tranquilidade. Este tempo de prática é frequentemente descrito como uma pausa valiosa, permitindo que os pais recuperem, realizem tarefas pessoais ou simplesmente relaxem, o que melhora significativamente o seu bem-estar e a dinâmica familiar. Os depoimentos destacam que ao confiarem nos profissionais envolvidos e ao perceberem os benefícios da AF, os pais não apenas contribuem para o desenvolvimento dos seus filhos, mas também experimentam um impacto positivo nas suas rotinas diárias, tornando a prática uma experiência enriquecedora para toda a família.

Após a apresentação detalhada dos resultados obtidos por meio das entrevistas com os pais, torna-se necessário aprofundar a compreensão destes achados e situá-los no contexto teórico e empírico existente. Assim, na seção de discussão analisaremos como os resultados se alinham ou divergem das expectativas previamente estabelecidas pela literatura, explorando as implicações práticas e teóricas das percepções e experiências relatadas. Esta análise permitirá não apenas uma interpretação mais rica dos dados, mas também a identificação de possíveis contribuições e limitações deste estudo, além de apontar caminhos para futuras investigações sobre o impacto da prática de AF em crianças com PEA.

5. Discussão

Existe uma ausência de estudos quer a nível nacional, quer a nível internacional que reporte a influência da AF na vida quotidiana das famílias de crianças e jovens com PEA. De maneira a colmatar estas limitações, o presente estudo teve como objetivo analisar de que forma a prática de AF por parte das crianças e jovens com PEA tem ou não impacto no dia a dia das famílias. Da análise dos resultados apresentados emergiram três temas: i) Do diagnóstico à prática de AF; ii) Benefícios e barreiras na prática de AF e; iii) Impacto da AF na dinâmica familiar, cujos resultados passamos a analisar e discutir.

5.1. Do diagnóstico à prática de AF

Neste tema, a análise dos resultados demonstrou que o impacto do diagnóstico de PEA nas famílias pode ser profundo e multifacetado, refletindo uma variedade de experiências que vão desde a surpresa, ao choque, bem como à confirmação de algo que já previam. Este fenómeno está documentado na literatura, que aponta que o diagnóstico muitas vezes resulta numa combinação de alívio e choque para os pais (Martins et al., 2015; Rabba et al., 2019).

No presente estudo, alguns pais mencionaram que o momento em que receberam o diagnóstico de PEA dos seus filhos foi vivido como uma perda, a perda das expectativas e sonhos que estes tinham para os seus filhos. Esta reação de luto é uma resposta comum, sendo este o sentimento frequentemente associado à diagnose de PEA por parte dos pais (Baum, 2019; Wayment e Brookshire, 2017).

Ainda sobre este tema, um reduzido número de mães reportou que usufruiu de acompanhamento psicológico durante o processo de diagnóstico. Para aquelas que tiveram acesso a este apoio, este permitiu-lhes enfrentar o impacto emocional do diagnóstico e ter uma abordagem mais informada, adequada e eficaz face à PEA dos seus filhos. A importância deste apoio psicológico está identificada na literatura (Kogan et al., 2009; Warren et al., 2011) como sendo um recurso valioso para os pais, auxiliando-os a lidar com o *stress* e a compreender melhor a condição dos seus filhos.

Após o diagnóstico, os relatos do presente estudo evidenciam a intenção dos pais de agir, em vez de se prenderem ao impacto inicial do diagnóstico. De facto, a adaptação à nova realidade, após o diagnóstico, envolve uma reavaliação das expectativas e a procura de estratégias adequadas para lidar com a situação. Este fenómeno está descrito

na literatura, pois segundo Vernhet et al. (2018) e Liu et al. (2023), apesar do choque inicial, muitos pais conseguem adaptar-se e encontrar maneiras eficazes de atuar perante a nova situação. Esta proatividade na procura de novas iniciativas, atendendo às necessidades específicas dos seus filhos, conduz os pais ao contacto com diversas atividades, entre elas a AFA.

De acordo com os resultados, a procura e o início da prática de AF é quase sempre moldado por uma combinação de iniciativa parental e recomendações médicas. Algumas mães foram orientadas por médicos a incorporar a AF na rotina dos seus filhos. A recomendação de práticas específicas, de que são exemplo da natação e da equitação adaptada neste estudo, são o reflexo de como os conselhos médicos podem influenciar a escolha destas atividades. De acordo com a literatura, a introdução da prática de AF em crianças com PEA ocorre, muitas vezes, após recomendações médicas ou de terapeutas, que sugerem exercícios como parte do tratamento para melhorar habilidades motoras e comportamentais (Bremer et al., 2016). Esta orientação profissional é vista como um ponto de partida para muitas famílias que procuram intervenções adequadas para os seus filhos (Trembath et al., 2022). Outras mães indicam que a procura pela prática de AF foi motivada pela própria vontade de responder às necessidades específicas dos seus filhos, como o desejo de proporcionar um meio para que eles pudessem gastar energia e relaxar. As mães revelaram diversas vezes, durante as entrevistas, que o meio aquático e, por conseguinte, a piscina, tinham um efeito relaxante nas crianças. Com efeito, o meio aquático tem vindo a ser referido por vários autores devido ao seu efeito calmante, bem como a diversos outros benefícios associados (Pan, 2011). No seu estudo, Pan (2011) destaca que a natação é uma das modalidades mais procuradas para crianças com PEA, principalmente devido aos seus benefícios no desenvolvimento motor, equilíbrio e habilidades aquáticas. Além disso, o ambiente aquático oferece estímulos sensoriais controlados que podem ajudar a reduzir comportamentos estereotipados e melhorar o bem-estar geral das crianças com PEA (Yilmaz et al., 2004), aspetos também referenciados pelas nossas entrevistadas

Adicionalmente, no presente estudo, várias mães mencionaram que a escolha pela natação foi motivada pela preocupação com a segurança dos filhos, apontando para uma abordagem preventiva para a aprendizagem de habilidades essenciais. Muitas mães consideraram a habilidade de nadar essencial para a segurança dos filhos, uma perceção que é corroborada pela literatura sobre a importância da natação como uma habilidade de vida básica (Kraft et al., 2019).

5.2. Benefícios e barreiras na prática de AF

Os pais de crianças com PEA reconhecem diversos benefícios associados à prática de AF (Sefen et al., 2020; Sowa e Meulenbroek, 2012; Gehricke et al., 2020). Conforme evidenciado pelos depoimentos das mães, no presente estudo, os benefícios identificados foram melhorias na autonomia, relaxamento e qualidade do sono. Estas afirmações são corroboradas por estudos que mostram que a AF pode reduzir a hiperatividade e melhorar o relaxamento em crianças com PEA (Tse et al., 2019). Nesta investigação de Tse et al. (2019) do impacto da AF na qualidade do sono e nas funções executivas de crianças com PEA, os resultados demonstraram que a prática de AF regular melhora, significativamente, a qualidade do sono e as funções executivas em crianças com PEA, o que sugere que a AF pode ser uma ferramenta eficaz para promover um melhor desempenho cognitivo e bem-estar geral. Embora tenham sido mencionadas melhorias a nível motor em algumas das entrevistas realizadas, estas não parecem constituir o foco central para as mães. Isto sugere que elas percebem outros benefícios da AF como mais relevantes e impactantes para a vida dos seus filhos e para a própria dinâmica familiar. As mães tendem a valorizar aspetos como o desenvolvimento social, a melhoria do bem-estar emocional e as oportunidades de interação com os pares, que, na sua opinião, podem ter um efeito mais significativo no quotidiano e na qualidade de vida das crianças e jovens com PEA. Esta ênfase nos benefícios sociais e emocionais parece refletir uma compreensão mais ampla do papel da AF na promoção do desenvolvimento integral destas crianças e jovens e que vai muito além das meras capacidades motoras. A literatura apoia esta perceção, que indica que a AF oferece diversos benefícios, incluindo o desenvolvimento de respostas positivas a estímulos ambientais, melhorias no comportamento adaptativo, nas habilidades sociais e na aptidão manipulativa, bem como aumento da força e resistência muscular (Yilmaz et al., 2004; Sowa e Meulenbroek, 2012; Healy et al., 2018; Zhao et al., 2018; Neville et al., 2021). Conforme sugerido por Neville (2021), a prática de AF pode ser crucial para o desenvolvimento de habilidades essenciais para a vida diária e a interação social das crianças. Assim, atividades que envolvem movimento, coordenação e interação com pares não apenas promovem o bem-estar físico, mas também facilitam a aprendizagem de habilidades práticas e sociais, refletindo a experiência dos pais no nosso estudo.

No entanto, algumas mães enfatizaram que os benefícios não podem ser atribuídos exclusivamente à prática de AF, mas sim a todo um conjunto de terapias e intervenções.

Na sua perspectiva, o progresso dos filhos é frequentemente o resultado de um trabalho colaborativo de uma equipe multidisciplinar. Esta visão é apoiada por evidências científicas que sugerem que abordagens integradas e holísticas, envolvendo várias modalidades de tratamento, são mais eficazes para o desenvolvimento de crianças com PEA (Odom et al., 2010; Strunk et al., 2017).

Em oposição com os benefícios da AF, o discurso das mães entrevistadas revela a existência de diversos fatores que limitam a procura e a prática de AF para crianças e jovens com PEA. Um dos principais desafios mencionados foi a oferta limitada de AFA, o que é consistente com a literatura, que aponta que a falta de opções acessíveis e adequadas pode ser um impedimento significativo para a participação na AF (Memari et al., 2015; Gregor et al., 2018). As mães também relataram que a carência de programas de AF que atendam às características e necessidades específicas dos seus filhos é uma barreira importante. A literatura corrobora esta observação, enfatizando que a formação inadequada dos profissionais pode impactar negativamente a qualidade da experiência das crianças e jovens (Scheuermann et al., 2003). Além disso, Ferguson e Hinton (2017) ressaltam que os profissionais desempenham um papel fundamental na facilitação da AF para crianças com PEA. Eles são essenciais para ajudar as crianças a superar barreiras e para promover o desenvolvimento físico e social por meio de intervenções adaptadas. Assim, as dificuldades identificadas pelas mães no nosso estudo refletem a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais e de uma oferta mais diversificada e acessível de AF, para que essas crianças possam beneficiar-se plenamente desta atividade.

5.3. Impacto da AF na dinâmica familiar

Durante a apresentação de resultados foi possível perceber que os pais têm diferentes estilos de vida, evidenciando diferentes desafios no que respeita à prática de AF. Um dos principais fatores que emergiram das entrevistas foi a falta de tempo que os pais têm para a prática regular de AF, com muitos pais a priorizar as necessidades dos filhos em detrimento da sua própria saúde física. Esta tendência de sacrificar o autocuidado em prol das responsabilidades parentais é uma preocupação crescente, uma vez que a falta de AF pode levar ao aumento do *stress* e ao desgaste emocional dos pais. Estes relatos encontram eco em vários estudos (Karst e Van Hecke, 2012; Hayes et al., 2013; Pastor-Cerezuela et al., 2016) que indicam que o *stress* parental é frequentemente exacerbado em famílias com crianças com PEA, e a falta de tempo para práticas de

autocuidado, como o exercício físico, pode agravar ainda mais este quadro. Além disso, a falta de energia física e emocional mencionada por várias mães reflete um fenômeno amplamente estudado na literatura sobre parentalidade (Giallo et al., 2013; Catalano et al., 2018) em que exaustão parental, particularmente em famílias que enfrentam exigências adicionais relacionadas à criação de uma criança com necessidades específicas, pode ser um obstáculo significativo para a manutenção de hábitos saudáveis de AF. Apesar destas dificuldades, há evidência de que algumas famílias conseguem incorporar a AF na sua rotina diária, frequentemente, adaptando a prática para incluir os filhos. Esta abordagem reflete a ideia de que, em famílias com crianças com PEA, a AF muitas vezes assume um caráter colaborativo, sendo realizada em conjunto com as crianças (Johnson et al., 2022). Estudos sugerem que o envolvimento em AF conjuntas não só ajuda a melhorar a saúde física de todos os membros da família, como também contribui para fortalecer os laços familiares e promover um senso de bem-estar coletivo, bem como reduzir os níveis de ansiedade e depressão, tanto nos pais como nas crianças e jovens (Orhan et al., 2023; Johnson et al., 2022; Penedo e Dahn, 2005). Mesmo entre as famílias que não praticam AF regularmente, há um reconhecimento do valor dessa prática para o bem-estar familiar, como vimos durante a apresentação dos resultados.

No que diz respeito à primeira vez em que os pais levaram os filhos para praticar AF, os sentimentos são mistos. Este fenômeno é amplamente revisto na literatura. Taubman–Ben-Ari et al. (2022) e Bowlby (1988) referem que este comportamento sugere que a separação inicial dos pais dos seus filhos pode provocar emoções como ansiedade e preocupação, principalmente quando há incertezas sobre o comportamento da criança num novo ambiente. Segundo Nicholls (1989) e Lester et al. (2009), a ansiedade parental está frequentemente relacionada ao receio de que a criança não se adapte bem ao novo ambiente ou que a interação com o profissional não seja positiva. No entanto, todos os pais revelam que com o tempo o sentimento foi mudando e dando lugar à tranquilidade e à confiança que depositam agora no profissional que está com os filhos. Segundo McNamara e outros autores (2020), estabelecer um bom relacionamento com os pais das crianças é fundamental para que os profissionais realizem um trabalho eficaz na prática de AF. Isto acontece porque, ao construir esta relação, os profissionais obtêm informações valiosas sobre cada criança, permitindo que eles reconheçam características individuais a partir do que os pais compartilham. A colaboração com os pais ajuda os profissionais a entender melhor as necessidades de cada criança e a definir as estratégias de intervenção mais adequadas a cada um.

Pese embora estes sentimentos iniciais, o tempo de prática de AF destas crianças e jovens com PEA foi visto como uma pausa valiosa nas rotinas diárias dos pais. De acordo com a literatura, a pausa que os pais experienciam durante as atividades dos filhos pode proporcionar um alívio significativo do *stress* quotidiano, oferecendo-lhes uma oportunidade de relaxamento e reposição da energia necessária (Cowan e Cowan, 2000). As entrevistadas revelaram também que utilizaram este tempo para elas próprias praticarem AF, nomeadamente fazer caminhadas. De acordo com a literatura, praticar AF não promove apenas o bem-estar físico, mas também constitui uma oportunidade para uma pausa mental, o que está alinhado com pesquisas que indicam benefícios da AF para a redução do *stress* e melhoria da saúde mental. A este respeito, Anderson e Shivakumar, no seu estudo que explora os efeitos do exercício e da AF na ansiedade, revelaram que a AF regular reduz os sintomas de ansiedade oferecendo um efeito protetor contra o desenvolvimento de transtornos mentais (Biddle e Asare, 2011; Anderson e Shivakumar, 2013).

Além disso, a interação social com outros pais, durante este tempo de prática dos seus filhos, ofereceu uma oportunidade para partilhar experiências e apoio mútuo. A literatura sobre redes sociais e suporte social sugere que esses momentos de interação podem fornecer um alívio emocional adicional e fortalecer a resiliência parental (Thoits, 1985; Schiller et al., 2021). Segundo Patterson (1982), este conceito de "pausa" ou "tempo para si" é abordado em diversos estudos que indicam que a redução do *stress* parental pode ocorrer quando os pais têm a oportunidade de se desconectar dos esforços de cuidados, permitindo-lhes recuperar a energia e voltar às suas responsabilidades com uma nova disposição.

As entrevistadas também reforçaram a ideia de como após o filho participar da prática de AF, tarefas diárias como fazer o jantar se tornam mais simples. Estes relatos vão ao encontro da literatura que demonstra como os pais, ao observarem o sucesso dos seus filhos na AF, experienciam sentimentos de satisfação e dever cumprido, os quais podem melhorar a dinâmica familiar e reduzir o esgotamento parental (Green & Hill, 2005; Hnatiuk et al., 2020).

A análise da influência da AF na vida quotidiana das famílias de crianças e jovens com PEA revelou *insights* significativos sobre os desafios que estas famílias enfrentam. Porém, permitiu-nos também compreender os diversos benefícios que este tipo de prática pode trazer na dinâmica familiar. Perante uma experiência parental complexa, as conclusões a seguir apresentadas não apenas sintetizam os principais achados deste

estudo, bem como enfatizam a importância de uma abordagem colaborativa e holística para apoiar as famílias de crianças com PEA na sua jornada de inclusão e desenvolvimento.

6. Conclusão

Este estudo investigou a relação da AF com a vida quotidiana de famílias de crianças e jovens com PEA, utilizando métodos qualitativos e entrevistas como ferramenta principal. A análise focou-se na influência da prática de AF na qualidade de vida destas famílias, um campo ainda escassamente explorado a nível nacional e internacional. Os resultados revelaram *insights* importantes, organizados em três temas principais: i) Do diagnóstico à prática de AF; ii) Benefícios e barreiras na prática de AF e; iii) Impacto da AF na dinâmica familiar.

A AF é vista, cada vez mais, como indispensável na vida das crianças e jovens com PEA, bem como das suas famílias. Neste contexto, os pais desempenham um importante papel na iniciação e manutenção da prática.

No que diz respeito ao primeiro tema, a análise evidenciou que o impacto emocional do diagnóstico de PEA é profundo, frequentemente associado a sentimentos de choque e perda. Contudo, os pais demonstram uma notável capacidade de adaptação e proatividade, procurando formas de reagir positivamente, sendo uma delas a integração da AF na rotina dos seus filhos. A procura por este tipo de atividade é influenciada por recomendações médicas, sublinhando a importância da colaboração entre profissionais de saúde e famílias na escolha das atividades mais adequadas para crianças com PEA.

Os benefícios da AF, conforme relatado pelas mães, incluem melhorias na autonomia, relaxamento e qualidade do sono das crianças, benefícios estes corroborados por estudos anteriores. No entanto, as mães também destacaram que os progressos observados não podem ser atribuídos exclusivamente à prática de AF, mas sim a uma abordagem multidisciplinar que envolve diversas terapias e intervenções, nas quais os seus filhos estão envolvidos. Este aspeto reforça a necessidade de uma abordagem holística na promoção do desenvolvimento global de crianças com PEA.

Por seu turno, as barreiras enfrentadas, como a falta de tempo e a limitada oferta de prática de AF específica para estas crianças, destacam os desafios que as famílias enfrentam nesta área. Com efeito, a escassez de programas acessíveis financeiramente e adequados pode limitar a participação destas crianças em atividades que beneficiam tanto o seu desenvolvimento físico quanto emocional. O papel fundamental dos profissionais na facilitação e adaptação destas atividades é também um ponto crucial a destacar neste trabalho.

Finalmente, o impacto da AF na dinâmica familiar é notável. A prática de AF, além de contribuir para o bem-estar das crianças, também oferece momentos de descanso e reposição de energia para os pais, evidenciando a importância do tempo pessoal quando não estão a cuidar dos seus filhos. A interação social durante essas atividades também promove suporte emocional entre pais, fortalecendo a resiliência familiar. Assim, a prática de AF emerge como uma ferramenta que permite o desenvolvimento das crianças, ao mesmo tempo que ajuda na melhoria do estado emocional dos pais e para uma dinâmica familiar mais positiva.

Em suma, este estudo destaca a relevância que a AF tem entre crianças e jovens com PEA e mostra o seu impacto no quotidiano das famílias. Revela a melhoria do estado emocional e da dinâmica familiar, enfatizando a importância de recursos adequados e suporte profissional. A partir destes factos, fica claro que a AF deve ser vista como uma parte fundamental, não apenas no desenvolvimento individual das crianças, mas também na melhoria do bem-estar geral das famílias, reforçando a necessidade de políticas e programas que atendam às necessidades e especificidades destas famílias.

Não obstante, este estudo tem também algumas limitações que podem restringir a generalização dos resultados, nomeadamente o facto de o estudo ser focado apenas na natação. Assim, em futuros estudos será importante aumentar a variedade do tipo de AF praticado pelas crianças e jovens. Por outro lado, o facto de mostrarmos uma perspetiva predominantemente unidimensional, centrada nas experiências das mães, pode negligenciar a voz de outro tipo de cuidadores. Além disso, a autoperceção dos participantes pode ser influenciada por fatores emocionais, afetando a precisão das informações fornecidas. Além disso, a natureza transversal do estudo limita a capacidade de observar mudanças a longo prazo e o contexto cultural dos participantes pode não ser representativo de outras populações. Estas limitações destacam a necessidade de pesquisas futuras que ampliem a compreensão da relação entre AF e o quotidiano das famílias com PEA.

Nesta medida, as perspetivas para estudos futuros sobre a influência da AF na vida de famílias de crianças e jovens com PEA são promissoras. Há espaço para investigações longitudinais que explorem o impacto a longo prazo da AF, bem como o desenvolvimento de programas adaptados às necessidades específicas destas crianças. Estudos focados na dinâmica familiar e na relação entre a prática de AF e o bem-estar dos pais também são relevantes. Além disso, identificar barreiras e facilitadores, explorar a complementaridade da prática de AF com outras terapias são áreas que devem merecer a atenção futura. Estas

pesquisas podem informar práticas e políticas que apoiem de maneira mais eficaz as famílias, promovendo um ambiente mais inclusivo e saudável.

7. Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística de perturbações mentais* (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anchesi, S. D., Corallo, F., Di Cara, M., Quartarone, A., Catalioto, R., Cucinotta, F., & Cardile, D. (2023). Autism and ADHD: A literature review regarding their impacts on parental divorce. *Children (Basel, Switzerland)*, *10*(3), 438.
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in psychiatry*, *4*, 27.
- Anderssen, N., Wold, B., & Torsheim, T. (2006). Are parental health habits transmitted to their children? An eight-year longitudinal study of physical activity in adolescents and their parents. *Journal of Adolescence*, *29*(4), 513–524.
- Arnell, S., Jerlinder, K., & Lundqvist, L. O. (2020). Parents' perceptions and concerns about physical activity participation among adolescents with autism spectrum disorder. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, *24*(8), 2243–2255.
- Asperger, H. (1944). Die autistischen psychopathen” im kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, *117*, 76-136.
- Autism Speaks Walk is the world's largest autism fundraising event. (2001). *Autism Speaks*. Consult. 13 maio 2024, disponível em <https://www.autismspeaks.org/>
- Baum R. A. (2019). Learning to play and playing to learn: Enhancing interactions in young children with ASD. *Pediatrics*, *144*(3), e20191270.
- Beets, M. W., Vogel, R., Forlaw, L., Pitetti, K. H., & Cardinal, B. J. (2006). Social support and youth physical activity: The role of provider and type. *American Journal of Health Behavior*, *30*(3), 278–289.

- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York: The Free Press.
- Bhat, A. (2023). Fewer children with autism spectrum disorder with motor challenges receive physical and recreational therapies compared to standard therapies: A SPARK data set analysis. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 28(5), 1161-1174.
- Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British journal of sports medicine*, 45(11), 886–895.
- Bishop, S. L., Havdahl, K. A., Huerta, M., & Lord, C. (2016). Subdimensions of social-communication impairment in autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(8), 909–916.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.
- Blinde, E. M., & McClung, L. R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14(4), 327-344.
- Bodison, S., & Parham, D. (2017). Specific sensory techniques and sensory environmental modifications for children and youth with sensory integration difficulties: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 7201190040p1–7201190040p11.
- Bonis S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153–163.
- Bonnet-Brilhault F. (2010). Prise en charge de l'enfant autiste [Managing an autistic child]. *La Revue du Praticien*, 60(3), 385–388.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York. Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bremer, E., Crozier, M., & Lloyd, M. (2016). A systematic review of the behavioural outcomes following exercise interventions for children and youth with autism spectrum disorder. *Autism: the international journal of research and practice*, 20(8), 899–915.
- Brown, D. M., Arbour-Nicitopoulos, K. P., Martin Ginis, K. A., Latimer-Cheung, A. E., & Bassett-Gunter, R. L. (2020). Examining the relationship between parent

- physical activity support behaviour and physical activity among children and youth with autism spectrum disorder. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 24(7), 1783–1794.
- Carty, C., van der Ploeg, H. P., Biddle, S. J. H., Bull, F., Willumsen, J., Lee, L., Kamenov, K., & Milton, K. (2021). The first global physical activity and sedentary behavior guidelines for people living with disability. *Journal of Physical Activity & Health*, 18(1), 86–93.
- Catalano, D., Holloway, L., & Mpofu, E. (2018). Mental health interventions for parent carers of children with autistic spectrum disorder: Practice guidelines from a critical interpretive synthesis (CIS) systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 341.
- Catalano, D., Holloway, L., & Mpofu, E. (2018). Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 341.
- Cauda, F., Costa, T., Palermo, S., D'Agata, F., Diano, M., Bianco, F., Duca, S., & Keller, R. (2014). Concordance of white matter and gray matter abnormalities in autism spectrum disorders: a voxel-based meta-analysis study. *Human Brain Mapping*, 35(5), 2073–2098.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Autism Spectrum Disorder (ASD)*. Consult. 13 maio 2024, Recuperado de <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>.
- Chakraborti, M., Gitimoghaddam, M., McKellin, W. H., Miller, A. R., & Collet, J. P. (2021). Understanding the implications of peer support for families of children with neurodevelopmental and intellectual disabilities: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 9, 719640.
- Chan, J. S., Deng, K., & Yan, J. H. (2021). The effectiveness of physical activity interventions on communication and social functioning in autistic children and adolescents: A meta-analysis of controlled trials. *Autism*, 25(4), 874-886.
- Chenuel, B. (2022). P07-03 The characteristics of the medical prescription for adapted physical activity among the French Health System, experience of the Grand Est region. *The European Journal of Public Health*, 32.

- Christensen, J., Grønberg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Parner, E. T., Pedersen, L. H., & Vestergaard, M. (2013). Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA*, *309*(16), 1696–1703.
- Colombo-Dougovito, A. M., & Lee, J. (2020). Social skill outcomes following physical activity-based interventions for individuals on the autism spectrum: A scoping review spanning young childhood through young adulthood. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *38*(1), 138–169.
- Comparan-Meza, M., Vargas de la Cruz, I., Jauregui-Huerta, F., Gonzalez-Castañeda, R. E., Gonzalez-Perez, O., & Galvez-Contreras, A. Y. (2021). Biopsychological correlates of repetitive and restricted behaviors in autism spectrum disorders. *Brain and Behavior*, *11*(10), e2341.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., Ablow, J. C., Johnson, V. K., & Measelle, J. R. (Eds.). (2005). *The family context of parenting in children's adaptation to elementary school*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Crespi B. J. (2010). Revisiting Bleuler: Relationship between autism and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *196*(6), 495–496.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Daly, G., Jackson, J., & Lynch, H. (2022). Family life and autistic children with sensory processing differences: A qualitative evidence synthesis of occupational participation. *Frontiers in Psychology*, *13*, 940478.
- Daugherty, B., Bittner, M., Ocampo, A., Lavay, B., Chevalier, S., Jimenez, S., & Le, A. (2020). Interprofessional collaboration: Training preservice adapted physical education teachers to facilitate peer engagement among children with disabilities. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, *5*(5), 1313-1323.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *38*(7), 1278–1291.
- DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, *7*(2), e000057.

- DePauw, K., & Karp, G. (1994). Integrating knowledge of disability throughout the physical education curriculum: An infusion approach. *Adapted Physical Activity Quarterly, 11*, 3-13.
- Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher, 20*(5), 28–32.
- Firth, I., & Dryer, R. (2013). The predictors of distress in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 38*(2), 163–171.
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th edition). Los Angeles: SAGE.
- Freeman B. J. (1997). Guidelines for evaluating intervention programs for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 27*(6), 641–651.
- Garcia-Garcia, J., Penichet, V., Lozano, M., & Fernando, A. (2021). Using emotion recognition technologies to teach children with autism spectrum disorder how to identify and express emotions. *Universal Access in the Information Society, 21*, 809 - 825.
- Gehricke, J. G., Chan, J., Farmer, J. G., Fenning, R. M., Steinberg-Epstein, R., Misra, M., Parker, R. A., & Neumeyer, A. M. (2020). Physical activity rates in children and adolescents with autism spectrum disorder compared to the general population. *Research in Autism Spectrum Disorders, 70*, 101490.
- George-Levi, S., Laslo-Roth, R., & Ben Yaakov, L. (2024). Vulnerability to loneliness among fathers of children with autism spectrum disorder: The role of interpersonal and familial resources. *Family Process, 63*(1), 364–378.
- Giallo, R., Wood, C. E., Jellett, R., & Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism, 17*(4), 465–480.
- Ginis M., K. A., van der Ploeg, H. P., Foster, C., Lai, B., McBride, C. B., Ng, K., Pratt, M., Shirazipour, C. H., Smith, B., Vásquez, P. M., & Heath, G. W. (2021). Participation of people living with disabilities in physical activity: A global perspective. *Lancet, 398*(10298), 443–455.
- Gotham, K., Bishop, S. L., Hus, V., Huerta, M., Lund, S., Buja, A., Krieger, A., & Lord, C. (2013). Exploring the relationship between anxiety and insistence on sameness in autism spectrum disorders. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research, 6*(1), 33–41.

- Gray, D. E. (2002). 'Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 734-749.
- Gregor, S., Bruni, N., Grkinic, P., Schwartz, L., McDonald, A., Thille, P., Gabison, S., Gibson, B., & Jachyra, P. (2018). Parents' perspectives of physical activity participation among Canadian adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 48, 53-62.
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Gray, D. B., Stark, S., Kisala, P., Carlozzi, N. E., Tulsy, D., Garcia, S. F., & Hahn, E. A. (2015). Environmental barriers and supports to everyday participation: a qualitative insider perspective from people with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(4), 578–588.
- Hamza, M., Halayem, S., Mrad, R., Bourgou, S., Charfi, F., & Belhadj, A. (2017). Implication de l'épigénétique dans les troubles du spectre autistique: Revue de la littérature [Epigenetics' implication in autism spectrum disorders: A review]. *L'Encephale*, 43(4), 374–381.
- Han, A., Fu, A., Cogley, S., & Sanders, R. H. (2018). Effectiveness of exercise intervention on improving fundamental movement skills and motor coordination in overweight/obese children and adolescents: A systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21(1), 89–102.
- Hartley, S. L., Barker, E. T., Seltzer, M. M., Floyd, F., Greenberg, J., Orsmond, G., & Bolt, D. (2010). The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 24(4), 449–457.
- Hästbacka, E., Nygård, M., & Nyqvist, F. (2016). Barriers and facilitators to societal participation of people with disabilities: A scoping review of studies concerning European countries. *Alter: European Journal of Disability Research / Alter: Journal Européen de Recherche sur le Handicap*, 10(3), 201–220.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Espinosa, F. D., & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age

- children with autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 9(4), 377–391.
- Hawkins, B., Cory, L. A., & McGuire, F. A. (2011). Therapeutic recreation and mental health. *Therapeutic Recreation Journal*, 45(2), 96-103.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(3), 629–642.
- Healy, S., Judge, J., Block, M., & Kwon, E. (2016). Preparing adapted physical educators to teach students with autism: Current practices and future directions. *The Physical Educator*, 73(1), 97-109.
- Healy, S., Nacario, A., Braithwaite, R. E., & Hopper, C. (2018). The effect of physical activity interventions on youth with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Autism research : Official Journal of the International Society for Autism Research*, 11(6).
- Hickingbotham, M. R., Wong, C. J., & Bowling, A. B. (2021). Barriers and facilitators to physical education, sport, and physical activity program participation among children and adolescents with psychiatric disorders: A systematic review. *Translational Behavioral Medicine*, 11(9), 1739–1750.
- Hillier, A., Murphy, D., & Ferrara, C. (2011). A pilot study: Short-term reduction in salivary cortisol following low level physical exercise and relaxation among adolescents and young adults on the autism spectrum. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 27(5), 395–402.
- Hnatiuk, J. A., Dwyer, G., George, E. S., & Bennie, A. (2020). Co-participation in physical activity: perspectives from Australian parents of pre-schoolers. *Health promotion international*, 35(6), 1474–1483.
- Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: Definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, 9(Suppl 1), S55–S65.
- Huang, J., Du, C., Liu, J., & Tan, G. (2020). Meta-analysis on intervention effects of physical activities on children and adolescents with autism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1950.
- Ingersoll, B., Meyer, K., & Becker, M. W. (2011). Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism

- phenotype. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 4(2), 143–148.
- Jaarsma, E. A., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., & Dekker, R. (2014). Barriers to and facilitators of sports participation for people with physical disabilities: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(6), 871–881.
- Johnson, N. L., Bekhet, A. K., Sawdy, R., Zint, E., Wang, J., Pena, S., Zurcher, H., & Enea, N. (2022). Parent physical activity: A systematic review of the literature and recommendations for parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Physical Activity & Health*, 19(2), 132–147.
- Johnson, N. L., Bekhet, A. K., Sawdy, R., Zint, E., Wang, J., Pena, S., Zurcher, H., & Enea, N. (2022). Parent Physical Activity: A systematic review of the literature and recommendations for parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of physical activity & health*, 19(2), 132–147.
- Jones, J., Passey, J., & Hamilton, S. (2014). Supporting parents of children with autism spectrum disorders in regional Australia. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18(2), 125-137.
- Kandola, A., Vancampfort, D., Herring, M., Rebar, A., Hallgren, M., Firth, J., & Stubbs, B. (2018). Moving to beat anxiety: Epidemiology and therapeutic issues with physical activity for anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 20(8), 63.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 247–277.
- Kenny, L., Hattersley, C., Molins, B., Buckley, C., Povey, C., & Pellicano, E. (2016). Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 20(4), 442–462.
- Kissow, A. M. (2013). Participation in physical activity and the everyday life of people with physical disabilities: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(2), 144–166.
- Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., Boyle, C. A., Perrin, J. M., Ghandour, R. M., Singh, G. K., Strickland, B. B., Trevathan, E., & van Dyck, P. C. (2009).

- Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics*, 124(5), 1395–1403.
- Kovács, K., Kovács, K. E., Bacskai, K., Békési, Z., Oláh, Á. J., & Pusztai, G. (2022). The effects and types of parental involvement in school-based sport and health programs still represent a knowledge gap: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12859.
- Kraft, E., Leblanc, R., & Culver, D.M. (2019). Strategies for teaching children with autism spectrum disorder in recreational aquatics programs. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 90, 24 - 29.
- Kruger, G., Silveira, J., & Marques, A. (2019). Motor skills of children with autism spectrum disorder. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*. 21: e6 0515.
- Lang R, Kern Koegel L, Ashbaugh K, Regester A, Ence W, Smith W. (2010). Physical exercise and individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4): 565-576.
- Lee, J. D., Terol, A. K., Yoon, C. D., & Meadan, H. (2024). Parent-to-parent support among parents of children with autism: A review of the literature. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 28(2), 263–275.
- Lee, S. H., & Hodge, S. R. (2017). Children with autism spectrum disorder and physical activity: A descriptive synthesis. *Journal of Physical Education and Sport Management*, 8(1), 1-23.
- Lester, K. J., Field, A. P., Oliver, S., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Do anxious parents interpretive biases towards threat extend into their child's environment?. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 170–174.
- Liu, S., Deng, T., Chen, M., Ji, Y., Dai, Y., Zhang, T., & Zhang, L. (2023). Parenting confidence and social support as predictors of coping strategies in parents of children newly diagnosed with autism spectrum disorder: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(10), 3946–3955.
- Lloyd, M., MacDonald, M., & Lord, C. (2013). Motor skills of toddlers with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 17(2), 133–146.
- Lord, C., & Bishop, S. L. (2015). Recent advances in autism research as reflected in DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 53–70.

- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Taylor, J. L., & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 6(1), 5.
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *Lancet*, 392(10146), 508–520.
- Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., Park, B. Y., Snyder, N. W., Schendel, D., Volk, H., Windham, G. C., & Newschaffer, C. (2017). The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, 38, 81–102.
- Macan, T. H. (1994). Time management: Test of a process model. *Journal of Applied Psychology*, 79(3), 381-391.
- Macdonald, M., Esposito, P., & Ulrich, D. (2011). The physical activity patterns of children with autism. *BMC research notes*, 4, 422.
- Martin, J. J., & Choi, Y. S. (2009). Parents' physical activity-related perceptions of their children with disabilities. *Disability and Health Journal*, 2(1), 9–14.
- Martins, R., Bonito, I., Andrade, A., Albuquerque, C., & Chaves, C. (2015). The impact of the diagnosis of autism in parents of children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 121-125.
- McConnell, D., & Savage, A. (2015). Stress and resilience among families caring for children with intellectual disability: Expanding the research agenda. *Current Developmental Disorders Reports*, 2, 100-109.
- McGarty, A. M., & Melville, C. A. (2018). Parental perceptions of facilitators and barriers to physical activity for children with intellectual disabilities: A mixed methods systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 73, 40–57.
- McNamara, S. W. T., Healy, S., Bittner, M., & Blagrove, J. (2023). Physical educators' experiences and perceptions towards teaching autistic children: A mixed methods approach. *Sport, Education and Society*, 28(5), 522-535.
- Mehling, M. H., & Tassé, M. J. (2016). Severity of autism spectrum disorders: Current conceptualization, and transition to DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 2000–2016.
- Memari, A. H., Panahi, N., Ranjbar, E., Moshayedi, P., Shafiei, M., Kordi, R., & Ziaee, V. (2015). Children with autism spectrum disorder and patterns of participation in daily physical and play activities. *Neurology research international*, 2015, 531906.

- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th edition). San Francisco CA: John Wiley & Sons.
- Mesquita, I. e Graça, Amândio (2013). *Investigação qualitativa em desporto* (Vol II). Porto. Edição FADEUP.
- Minschew, N. J., Sweeney, J., & Luna, B. (2002). Autism as a selective disorder of complex information processing and underdevelopment of neocortical systems. *Molecular Psychiatry*, 7 Suppl 2, S14–S15.
- Murphy, N. A., Carbone, P. S., & American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation, and physical activities. *Pediatrics*, 121(5), 1057–1061.
- Murray, C., Doren, B., Gau, J. M., Zvoch, K., & Seeley, J. R. (2015). Constructing and validating a multiple-indicator construct of economic hardship in a national sample of adolescents with disabilities. *Exceptional Children*, 81(4), 507-522.
- Must, A., Phillips, S., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2015). Barriers to physical activity in children with autism spectrum disorders: Relationship to physical activity and screen time. *Journal of Physical Activity & Health*, 12(4), 529–534.
- Napolitano, A., Schiavi, S., La Rosa, P., Rossi-Espagnet, M. C., Petrillo, S., Bottino, F., Tagliente, E., Longo, D., Lupi, E., Casula, L., Valeri, G., Piemonte, F., Trezza, V., & Vicari, S. (2022). Sex differences in autism spectrum disorder: Diagnostic, neurobiological, and behavioral features. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 889636.
- Nathan, N., Elton, B., Babic, M., McCarthy, N., Sutherland, R., Presseau, J., Seward, K., Hodder, R., Booth, D., Yoong, S. L., & Wolfenden, L. (2018). Barriers and facilitators to the implementation of physical activity policies in schools: A systematic review. *Preventive Medicine*, 107, 45–53.
- National Institute of Mental Health. (2022). *Autism Spectrum Disorder*. Consult. 23 abril 2024. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd/index.shtml>.
- Neville, R.D., Draper, C.E., Cooper, T.J., Abdullah, M.M., & Lakes, K.D. (2021). Association between engagement in physical activity and adaptive behavior in young children with autism spectrum disorder. *Mental Health and Physical Activity*, 20, 100389.
- Nicholls, J. G. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Novak I. (2011). Parent experience of implementing effective home programs. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 31(2), 198–213.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1).
- Oberman, L. M., & Kaufmann, W. E. (2020). Autism spectrum disorder versus autism spectrum disorders: Terminology, concepts, and clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 484.
- Obrusnikova, I., & Cavalier, A.R. (2011). Perceived barriers and facilitators of participation in after-school physical activity by children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23, 195-211.
- Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J., & Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(4), 425–436.
- Olin, S., McFadden, B. A., Golem, D. L., Pellegrino, J. K., Walker, A. J., Sanders, D. J., & Arent, S. M. (2017). The effects of exercise dose on stereotypical behavior in children with autism. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 49(5), 983-990.
- Olivares, P. R., Cossio-Bolaños, M. A., Gomez-Campos, R., Almonacid-Fierro, A., & Garcia-Rubio, J. (2015). Influence of parents and physical education teachers in adolescent physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 15(2), 113–120.
- Orhan, B. E., Karaçam, A., & Özdemir, A. S. (2024). The effects of physical activity in individuals with autism spectrum disorder: A qualitative study. *International Journal of Disabilities Sports and Health Sciences*, 7(1), 1-12.
- Pan, C. Y. (2011). The efficacy of an aquatic program on physical fitness and aquatic skills in children with and without autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 657-665.
- Pastor-Cerezuela, G., Fernández-Andrés, M., Tárraga-Mínguez, R., & Navarro-Peña, J. (2016). Parental stress and ASD. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 31, 300 - 311.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4th ed.). Thousand Oaks. Sage Publications.
- Pedersen, M. R. L., Hansen, A. F., & Elmoose-Østerlund, K. (2021). Motives and barriers related to physical activity and sport across social backgrounds: Implications for health promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(11), 5810.
- Pelphrey, K. A., Yang, D. Y., & McPartland, J. C. (2014). Building a social neuroscience of autism spectrum disorder. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *16*, 215–233.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, *18*(2), 189–193.
- Pojednic, R., & Stoutenberg, M. (2020). Key steps to implementing physical activity into health professional training programs. *Current Sports Medicine Reports*, *19*(10), 396–398.
- Rabba, A. S., Dissanayake, C., & Barbaro, J. (2019). Parents' experiences of an early autism diagnosis: insights into their needs. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *66*, Article 101415.
- Reis, H. I. da S., Pereira, A. P. da S., & Alemida, L. da S. (2016). Características e especificidades da comunicação social na perturbação do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, *22*(3), 325–336.
- Rimmer, J. H., & Marques, A. C. (2012). Physical activity for people with disabilities. *Lancet*, *380*(9838), 193–195.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: Barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine*, *26*(5), 419–425.
- Ronald, A., & Hoekstra, R. A. (2011). Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of The International Society of Psychiatric Genetics*, *156B*(3), 255–274.
- Rosly, M., Halaki, M., Hasnan, N., Mat Rosly, H., Davis, G. M., & Husain, R. (2018). Leisure time physical activity participation in individuals with spinal cord injury in Malaysia: Barriers to exercise. *Spinal Cord*, *56*(8), 806–818.

- Ruggeri, A., Dancel, A., Johnson, R., & Sargent, B. (2020). The effect of motor and physical activity intervention on motor outcomes of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 24(3), 544–568.
- Sansi, A., Nalbant, S., & Ozer, D. (2021). Effects of an inclusive physical activity program on the motor skills, social skills and attitudes of students with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(7), 2254–2270.
- Sato, A., Kotajima-Murakami, H., Tanaka, M., Katoh, Y., & Ikeda, K. (2022). Influence of prenatal drug exposure, maternal inflammation, and parental aging on the development of autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 821455.
- Sato, T., & Haegele, J. (2017). Professional development in adapted physical education with graduate web-based professional learning. *Physical Education and Sport Pedagogy*, 22, 618 - 631.
- Scheuermann, B., Webber, J., Boutot, E. A., & Goodwin, M. (2003). Problems with personnel preparation in autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 18(3), 197-206.
- Schiller, V. F., Dorstyn, D. S., & Taylor, A. M. (2021). The protective role of social support sources and types against depression in caregivers: A meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 51(4), 1304–1315.
- Sealey, L. A., Hughes, B. W., Sriskanda, A. N., Guest, J. R., Gibson, A. D., Johnson-Williams, L., Pace, D. G., & Bagasra, O. (2016). Environmental factors in the development of autism spectrum disorders. *Environment International*, 88, 288–298.
- Sefen, J. A. N., Al-Salmi, S., Shaikh, Z., AlMulhem, J. T., Rajab, E., & Fredericks, S. (2020). Beneficial use and potential effectiveness of physical activity in managing autism spectrum disorder. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14, 587560.
- Shields, N., & Synnot, A. J. (2014). An exploratory study of how sports and recreation industry personnel perceive the barriers and facilitators of physical activity in children with disability. *Disability and Rehabilitation*, 36(24), 2080–2084.
- Shirazipour, C. H., Evans, M. B., Leo, J., Lithopoulos, A., Martin Ginis, K. A., & Latimer-Cheung, A. E. (2020). Program conditions that foster quality physical activity participation experiences for people with a physical disability: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 42(2), 147–155.

- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, *57*(18), 1203–1209.
- Soares, R. (2006). *Projecto Ajudaautismo IV*. Lisboa: APPDA.
- Sortwell, A., Forte, P., Ramirez-Campillo, R., Trimble, K., Steel, K., O'Brien, K., P. Neiva, H., A. Marinho, D., & Ferraz, R. (2022). Interventions to promote the development of motor performance skills in primary school aged children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis of controlled trials. *International Journal of Kinesiology and Sports Science*, *10*(4), 34-54.
- Sowa, M., & Meulenbroek, R. (2012). Effects of physical exercise on autism spectrum disorders: A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *6*(1), 46–57.
- Sritharan, B., & Koola, M. (2018). Barriers faced by immigrant families of children with autism: A program to address the challenges. *Asian Journal of Psychiatry*, *39*, 53-57.
- Strunk, J., Leisen, M. & Schubert, C. (2017). Using a multidisciplinary approach with children diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, *8*(1), 60-68.
- Stuart H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, *19*(5), 522–526.
- Taubman-Ben-Ari O. (2022). First-time parents' personal growth: Role of parental separation anxiety. *Health & social care in the community*, *30*(5), e2858–e2865.
- Tejero, J., Reina Vaíllo, R., & Sanz Rivas, D. (2012). La actividad física adaptada para personas con discapacidad en españa: perspectivas científicas y de aplicación actual. *Cultura, Ciencia y Deporte*, *7*(21), 213-224.
- Thoits, P. A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(2), 107-119.
- Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijdsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: A meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *57*(5), 585–595.
- Trembath, D., Varcin, K., Waddington, H., Sulek, R., Bent, C., Ashburner, J., Eapen, V., Goodall, E., Hudry, K., Roberts, J., Silove, N., & Whitehouse, A. (2023). Non-

- pharmacological interventions for autistic children: An umbrella review. *Autism : The International Journal of Research and Practice*, 27(2), 275–295.
- Tse A. C. Y. (2020). Brief report: Impact of a physical exercise intervention on emotion regulation and behavioral functioning in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11), 4191–4198.
- Tse, C. Y. A., Lee, H. P., Chan, K. S. K., Edgar, V. B., Wilkinson-Smith, A., & Lai, W. H. E. (2019). Examining the impact of physical activity on sleep quality and executive functions in children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 23(7), 1699–1710.
- Tyrrell, B., & Woods, K. (2018). Gathering the views of children and young people with ASD: A systematic literature review. *British Journal of Special Education*, 45(3), 302-328.
- U.S. Department of Education. (1990). *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA). Consult. 2 julho 2024. Recuperado de <https://sites.ed.gov/idea/>.
- Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 36-49.
- Velde, S. J., Lankhorst, K., Zwinkels, M., Verschuren, O., Takken, T., de Groot, J., & HAYS study group (2018). Associations of sport participation with self-perception, exercise self-efficacy and quality of life among children and adolescents with a physical disability or chronic disease: A cross-sectional study. *Sports Medicine - Open*, 4(1), 38.
- Vernhet, C., Dellapiazza, F., Blanc, N., Cousson-Gélie, F., Miot, S., Roeyers, H., & Baghdadli, A. (2019). Coping strategies of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 747–758.
- Vicedo, M., & Ilerbaig, J. (2021). Autism in Baltimore, 1938-1943. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(4), 1157–1172.
- Wakefield, J. (2013). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal*, 41, 139-154.
- Warren, Z., McPheeters, M. L., Sathe, N., Foss-Feig, J. H., Glasser, A., & Veenstra-Vanderweele, J. (2011). A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 127(5), e1303–e1311.

- Wayment, H., & Brookshire, K. (2017). Mothers' reactions to their child's ASD diagnosis: Predictors that discriminate grief from distress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 1147 - 1158.
- Weitlauf, A. S., Sathe, N., McPheeters, M. L., & Warren, Z. E. (2017). Interventions targeting sensory challenges in autism spectrum disorder: A systematic review. *Pediatrics*, 139(6), e20170347.
- Welk, G. J., Wood, K., & Morss, G. (2003). Parental influences on physical activity in children: an exploration of potential mechanisms. *Pediatric Exercise Science*, 15(1), 19-33.
- Whiteley, P., Carr, K., & Shattock, P. (2019). Is autism inborn and lifelong for everyone? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2885–2891.
- Wiat L. (2016). How do we ensure sustainable physical activity options for people with disabilities? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 58(8), 788.
- Williams, T. L., Ma, J. K., & Martin Ginis, K. A. (2017). Participant experiences and perceptions of physical activity-enhancing interventions for people with physical impairments and mobility limitations: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Health Psychology Review*, 11(2), 179–196.
- Witwer, A. N., & Lecavalier, L. (2008). Examining the validity of autism spectrum disorder subtypes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1611-1624.
- World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Consult. 13 maio 2024. Recuperado de <https://icd.who.int/>.
- Yabe, K., Kusano, K., & Nakata, H. (1994). *Adapted physical activity: Health and fitness*. Tokyo: Springer-Verlag. Print.
- Yilmaz, I., Yanarda, M., Birkan, B., & Bumin, G. (2004). Effects of swimming training on physical fitness and water orientation in autism. *Pediatrics international: Official Journal of the Japan Pediatric Society*, 46(5), 624–626. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200x.2004.01938.x>
- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Yoon, S. H., Choi, J., Lee, W. J., & Do, J. T. (2020). Genetic and epigenetic etiology underlying autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 966.

- Yu, C. C. W., Wong, S. W. L., Lo, F. S. F., So, R. C. H., & Chan, D. F. Y. (2018). Study protocol: A randomized controlled trial study on the effect of a game-based exercise training program on promoting physical fitness and mental health in children with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry, 18*(1), 56.
- Zaky, E. (2017). Face processing in autism spectrum disorder. *European Psychiatry, 41*(S1), S457–S457.
- Zhao, M., & Chen, S. (2018). The effects of structured physical activity program on social interaction and communication for children with autism. *BioMed Research International, 2018*, 1825046.
- Zhao, M., You, Y., Chen, S., Li, L., Du, X., & Wang, Y. (2021). Effects of a web-based parent-child physical activity program on mental health in parents of children with ASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(24), 12913.

Anexos

Anexo I - Guião utilizado nas entrevistas piloto

Proposta de guião

Caracterização do Participante	Caracterização do seu filho (a)
Género do participante:	Atividade Física Praticada:
Idade:	Idade:
Estado Civil:	Género:
Escolaridade:	
Profissão:	

O principal objetivo deste estudo é compreender de que forma a prática de Atividade Física (AF) influencia a vida quotidiana das famílias de crianças com Perturbação do Espectro de Autismo (PEA). Assim, esta entrevista tem o propósito de entender a visão do pai/mãe/cuidador sobre a prática de AF do seu filho(a)/familiar com PEA.

Nesta fase inicial, as perguntas colocadas serão sobre o seu filho(a).

1. Quando é que o seu filho foi diagnosticado com PEA? Como foi receber este diagnóstico?
2. Em que momento o seu filho(a) começou a praticar AF? Como é que ele se iniciou na prática? Já experimentou ou praticou outras modalidades?
3. Que mudanças percebeu no seu filho(a), desde que este começou a praticar AF?
4. Sente que a prática de AF tem alguma influência no comportamento do seu filho?
5. Na sua perceção, houve alguma alteração no comportamento do seu filho, nos diversos contextos em que este atua e vive, após o início da prática de AF? (ex.: autoestima, resolução de problemas, etc.)

As perguntas seguintes serão sobre si.

6. Para si, o que significa o tempo de prática de AF do seu filho(a)?
7. No início, o que sentiu ao deixar o seu filho(a) pela primeira vez para realizar a prática de AF? Ao longo do tempo este sentimento foi mudando?
8. Como se sente nos dias em que o seu filho(a) pratica AF? (bem-estar psicológico).
9. O que faz nas horas ou momentos em que o seu filho(a) pratica AF?
10. Tem por hábito fazer AF com o seu filho(a)? Se sim, porque é que o faz? Que mudanças lhe trouxe a prática da AF?
11. O que mudou na sua vida e na vida da sua família desde que o seu filho(a) começou a praticar AF?
12. Pretende acrescentar algo a tudo aquilo que mencionou até ao momento? Algo relacionado com este tema e que não teve a oportunidade de mencionar antes.

Anexo II - Guião utilizado nas entrevistas

Proposta de Guião

Caracterização do Participante

Género do participante:

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Caracterização do seu filho (a)

Atividade Física Praticada:

Idade:

Género:

O principal objetivo deste estudo é compreender de que forma a prática de Atividade Física (AF) influencia a vida quotidiana das famílias de crianças com Perturbação do Espectro de Autismo (PEA). Assim, esta entrevista tem o propósito de entender a visão do pai/mãe/cuidador sobre a prática de AF do seu filho(a)/familiar com PEA.

Nesta fase inicial, as perguntas colocadas serão sobre o seu filho(a).

1. Quando é que o seu filho foi diagnosticado com PEA? Como foi receber este diagnóstico?
2. Em que momento o seu filho(a) começou a praticar AF? Como é que ele se iniciou na prática? Já experimentou ou praticou outras modalidades?
3. Que mudanças percebe no seu filho(a), desde que este começou a praticar AF?
4. Sente que a prática de AF tem alguma influência no comportamento do seu filho?

5. Na sua percepção, houve alguma alteração no comportamento do seu filho, nos diversos contextos em que este atua e vive, após o início da prática de AF? (ex.: autoestima, resolução de problemas, autonomia, socialização, etc.)
6. Consegue identificar alguma barreira para a prática de Atividade Física?

As perguntas seguintes serão sobre si.

7. Para si, o que significa o tempo de prática de AF do seu filho(a)?
8. No início, o que sentiu ao deixar o seu filho(a) pela primeira vez para realizar a prática de AF? Ao longo do tempo este sentimento foi mudando?
9. Como se sente nos dias em que o seu filho(a) pratica AF? (bem-estar psicológico).
10. O que faz nas horas ou momentos em que o seu filho(a) pratica AF?
11. Tem por hábito fazer AF com o seu filho(a)? Se sim, porque é que o faz? Que mudanças lhe trouxe a prática da AF?
12. O que mudou na sua vida e na vida da sua família desde que o seu filho(a) começou a praticar AF?
13. Pretende acrescentar algo a tudo aquilo que mencionou até ao momento? Algo relacionado com este tema e que não teve a oportunidade de mencionar antes.



Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Eu, _____

_____, concordo voluntariamente em participar na entrevista para a Dissertação para o 2º Ciclo de Exercício Físico e Saúde no ramo de Atividade Física Adaptada, que tem como objetivo compreender de que forma a prática de Atividade Física influencia a vida quotidiana das famílias de crianças com Perturbação do Espectro de Autismo.

- Entendo que a minha participação é voluntária e que tenho o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou consequência negativa.

- Estou ciente de que a entrevista será gravada para garantir a precisão das informações recolhidas e concordo com o uso dessas gravações apenas para os fins estabelecidos neste consentimento e para pesquisa académica.

- As investigadoras envolvidas no presente estudo são a Licenciada Ana Rita Costa, a Professora Doutora Ana Sousa e a Professora Doutora Raquel Costa.

- Entendo que as minhas respostas serão mantidas em confidencialidade e serão utilizadas apenas de forma anónima ou com o meu consentimento explícito para divulgação. O meu nome ou outras informações pessoais não serão divulgados sem a minha autorização prévia por escrito.

- Fui informado(a) claramente sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da entrevista, e tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas antes de concordar em participar.

- É garantido o acesso a todas as informações pertinentes a esta investigação, uma vez que a autora Ana Rita Costa compromete-se a disponibilizar o trabalho final concluído, juntamente com suas respetivas conclusões.

Por meio deste documento, concedo o meu consentimento livre, informado e esclarecido para participar na entrevista conforme descrito acima.

Data: _____

Assinatura do Participante: _____

Autora, Ana Rita Costa: _____