

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO
CÂMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

DAIANA BUCZKOSKI

**AVALIAÇÃO DO PERFIL SENSORIAL DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA FREQUENTADORES DA ASSOCIAÇÃO AQUARELA PRÓ
– AUTISTA DE ERECHIM**

**ERECHIM – RS
2019**

DAIANA BUCZKOSKI

**AVALIAÇÃO DO PERFIL SENSORIAL DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA FREQUENTADORES DA ASSOCIAÇÃO AQUARELA PRÓ
– AUTISTA DE ERECHIM**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Fisioterapeuta,
Departamento de Ciências da Saúde da
Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Campus
de Erechim.**

Orientadora: Karine Angélica Malysz

ERECHIM – RS

2019

DAIANA BUCZKOSKI

**AVALIAÇÃO DO PERFIL SENSORIAL DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA FREQUENTADORES DA ASSOCIAÇÃO AQUARELA PRÓ
– AUTISTA DE ERECHIM**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Fisioterapeuta,
Departamento de Ciências da Saúde da
Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Câmpus
de Erechim.**

Erechim, 02 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ma. Karine Angelica Malysz
URI Erechim

Prof. Dra. Márcia Bairro de Castro
URI Erechim

Prof. Dra. Arthiese Korb
URI Erechim

AGRADECIMENTO

Agradeço a minha mãe Marilei Fátima Buczkoski, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Ao meu pai, Cezario Buczkoski que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi essencial nessa trajetória. A minha vó Marilaine Stieve que sempre acreditou em mim, me deu apoio e dedicou-me muitas orações.

Ao meu namorado Deone Marcos Perin, que foi compreensivo e paciente nos momentos mais difíceis. Obrigada meu amor, por suportar as crises de estresse e minha ausência em diversos momentos.

A minha orientadora Karine Malysz, pelo suporte, incentivo, motivação e amizade.

As minhas colegas, Alexandra Cristiane Orso e Fernanda Bernstein pela ajuda na aplicação desse trabalho, vocês são demais. Esse TCC é de todos vocês!!

RESUMO

O transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma síndrome de origem desconhecida que manifesta na infância, e é caracterizada por sinais e sintomas muito específicos, tais como dificuldade em se socializar, atraso ou ausência de aquisição da fala, movimentos repetitivos e estereotipados sem finalidade conhecida, e principalmente por uma desordem no processamento sensorial, os afetando e afetando também seus familiares, diante disso se torna clara a necessidade de um estudo nessa população. A amostra foi composta por 11 participantes, cuidadores de crianças com autismo frequentadoras da Associação Aquarela. Os participantes foram submetidos a entrevista onde foi aplicado 3 questionários avaliativos: Sensory Profile 2 (Winnie Dunn) para avaliação sensorial, Childhood Autism Rating Scale (CARS) na avaliação do grau de severidade e SF – 36 para qualidade de vida dos cuidadores. Através das análises realizadas, conclui-se um predomínio do sexo masculino, grau de autismo leve, assim como comprometimento significativo dos aspectos emocionais dos cuidadores. Ainda, é possível afirmar que as crianças analisadas apresentam déficits no processamento sensorial em quase todos os itens avaliados, porém cabe destacar um maior escore do quadrante 'exploração', indicando um atraso na percepção dos estímulos presentes no ambiente, ou seja, uma tendência a hiporesposta sensorial. Diante disso torna-se evidente a importância da intervenção fisioterapêutica nessa população, uma vez que através de sua ampla gama de recursos procura integrar o indivíduo ao ambiente da forma mais funcional possível.

Palavras-chave: Autismo. Transtorno do Espectro Autista. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a syndrome of unknown origin that manifests in childhood, and is characterized by very specific signs and symptoms such as difficulty in socializing, delayed or absent speech acquisition, repetitive and stereotyped motions without purpose. known, and especially for a disorder in sensory processing, affecting them and also affecting their family members, before this becomes clear the need for a study in this population. The sample consisted of 11 participants, caregivers of children with autism attending the Aquarela Association. Participants underwent an interview in which 3 evaluation questionnaires were applied: Sensory Profile 2 (Winnie Dunn) for sensory assessment, Childhood Autism Rating Scale (CARS) for severity assessment and SF - 36 for caregivers' quality of life. Through the analyzes performed, it was concluded a male predominance, mild autism degree, as well as significant impairment of the emotional aspects of the caregivers. Still, it is possible to state that the children analyzed present deficits in sensory processing in almost all items evaluated, but it is worth highlighting a higher score of the 'exploration' quadrant, indicating a delay in the perception of stimuli present in the environment, that is, a tendency to sensory response. Given this, the importance of physical therapy intervention in this population becomes evident, since through its wide range of resources it seeks to integrate the individual into the environment in the most functional way possible.

Keywords: Autism. Autistic Spectrum Disorder. Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Objetivos.....	8
1.1.1 Objetivo Geral.....	8
1.1.2 Objetivos Específicos.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Histórico e Conceitos.....	10
2.2 Definição e Diagnóstico.....	11
2.3 Etiologia.....	12
2.4 Epidemiologia.....	14
2.5 Processamento Sensorial.....	14
2.6 Tratamento.....	15
3. METODOLOGIA.....	17
3.1 Caracterização Geral do Estudo.....	17
3.2 População e Amostra.....	17
3.2.1 Critérios de Inclusão.....	17
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	17
3.3 Procedimento de coleta de dados.....	17
3.3.1 Instrumentos de coleta de dados.....	18
3.4 Análise dos Dados.....	19
3.5 Considerações Éticas.....	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
4.1 Perfil dos Participantes.....	21
4.2 Nível de severidade do TEA.....	22
4.3 Qualidade de vida dos cuidadores.....	23
4.4 Perfil Sensorial.....	25
5 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A	36
APENDICE B.....	38
ANEXO A	41
ANEXO B.....	49

ANEXO C.....	57
ANEXO D.....	61

1 INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro Autista (TEA) é uma desordem do desenvolvimento percebido nos primeiros anos da infância, que se manifesta de diferentes formas e por isso é chamado de “espectro autista”. Pode variar de um nível mais leve de comprometimento a um mais severo.

É caracterizado principalmente por anormalidades qualitativas nas habilidades sociais e comunicativas, atraso global do desenvolvimento, além de comportamentos repetitivos e interesses limitados e estereotipados. Compromete principalmente a linguagem, o comportamento e a sociabilidade, e não apresenta, necessariamente, um retardo mental (SIQUEIRA et al.,2016). Assim como alterações no processamento sensorial, que tem sido apontado como o fator causador dos principais sintomas do autismo, onde quanto mais grave o quadro mais alterado é esse processamento.

Todo esse emaranhado de comprometimentos e alterações, acabam por causar uma grande mudança na vida de seus cuidadores, uma vez que o impacto desse diagnóstico muitas vezes leva os responsáveis a quadros depressivos, e diminuição na qualidade de vida, justamente por estes necessitarem de atenção redobrada.

Deste modo, é clara a necessidade de uma avaliação mais específica nesses aspectos. Portanto o presente estudo terá como objetivo a avaliação do perfil sensorial, grau do comprometimento e qualidade de vida dos pais ou responsáveis.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Conhecer o perfil sensorial dos indivíduos com transtorno do espectro autista atendidos na associação Aquarela de Erechim.

1.1.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil dos pacientes atendidos na Associação Aquarela de Erechim.

Avaliar o grau de severidade do TEA dos pacientes atendidos na Associação Aquarela de Erechim.

Avaliar a qualidade de vida dos pais ou responsáveis dos indivíduos frequentadores da Associação Aquarela de Erechim.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico e Conceitos

O termo que originou o nome do Transtorno do Espectro Autista (TEA) foi citado inicialmente em 1911 por Eugen Bleuler, que se referia a um sintoma da esquizofrenia. Neste contexto o termo autismo representava a intensa introversão e vivência com um mundo próprio, prejudicando ou anulando a comunicação (MOURA; SATO; MERCADANTE, 2018).

O autismo foi descrito e introduzido na literatura inicialmente por Leo Kanner em 1943, como uma síndrome comportamental que se manifesta nos primeiros anos de vida (LOCATELLI e SANTOS 2016). Os estudos de Kanner tiveram início em 1938, onde observou e descreveu onze crianças de ambos os sexos, que apresentavam um comportamento peculiar, sendo o aspecto mais comum observado entre elas a falta de interesse nas pessoas que as rodeavam (GONÇALVES, 2012). Kanner observou ainda, que as crianças com essa síndrome tinham uma incapacidade em estabelecer um relacionamento interpessoal, possuíam atraso na aquisição da fala e uso da mesma para estabelecer a comunicação. Definiu dessa forma as características do autista, como: o afastamento social, a necessidade de manter uma rotina, a memorização, linguagem sem necessidade de comunicação, expressões de inteligência, sensibilidade aos estímulos e boa relação com objetos (ALMEIDA, 2014). Depois desse estudo o termo autismo passou a ser utilizado para designar uma entidade nosográfica e não apenas um sintoma da esquizofrenia (MOURA; SATO; MERCADANTE, 2018).

Locatelli e Santos (2016), salientam, que o autista é um indivíduo metódico, o “mundo” do autista é aquele que não se modifica, qualquer variação do seu “mundo” lhe traz ao extremo desconforto. E talvez uma das características mais integrantes desses indivíduos seja a questão do olhar, para pessoas ditas como normais, quando deseja-se demonstrar o afeto usa-se vários canais, exemplificando toque físico, tato visual, no entanto, o autista não tem essas habilidades, não gosta do contato, seja físico ou visual, isso tudo se torna extremamente desconfortável para eles.

2.2 Definição e Diagnóstico

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o autismo infantil é caracterizado pela presença de anormalidades ou alterações no desenvolvimento, no período que antecede aos cinco anos de idade, que permanecem na adolescência e na vida adulta, essas anormalidades devem alterar as áreas de interação social, comunicação, comportamento repetitivo e estereotipado, assim como fobias, perturbações do sono, intolerância a certos alimentos, epilepsia, depressão, ansiedade, déficit de atenção, hiperatividade bem como agressividade (auto - agressividade). O nível intelectual varia conforme o grau de severidade da síndrome, que varia de profunda deterioração a casos de altas habilidades cognitivas (OMS, 2018).

Com a recentemente publicação da nova versão do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, o DSM-V, mudanças foram feitas nos critérios diagnósticos, o termo “Transtornos do Espectro do Autismo” é utilizado formalmente, para os transtornos a seguir: Autista, Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação. Sendo que estas passam a ser denominadas conforme o nível de comprometimento do indivíduo como sendo grau leve, moderado e severo. Trazem também que o autismo não tem cura, podendo haver melhoras na infância e adolescência. Alguns indivíduos apresentam perdas e outros apresentam ganhos em seus comportamentos no decorrer dos anos, sendo que as habilidades de linguagem e o nível intelectual geral se manifestam como os mais poderosos fatores relacionados ao prognóstico (APA, 2013).

O DSM-V traz como critérios de diagnóstico:

Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue (Critério A): Déficit na reciprocidade socioemocional, déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes (Critério B): Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em

intensidade ou foco, Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida) (Critério C). Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente (Critério D). Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento. (Critério E). (APA, 2013, p. 50-51).

2.3 Etiologia

Os debates para identificar a causa do autismo começaram logo após a publicação das pesquisas de Kanner em 1943, inicialmente os pesquisadores da época enfatizaram fatores psicogenéticos como causa do TEA, eles acreditavam que obsessividade, frieza emocional e falta de afeto dos pais eram a causas do transtorno (EISENBERG, KANNER, 1956 apud PIECZARKA et. al., 2017), esses pensamentos, na década de 50, levaram a crença de que o autismo era uma desordem de famílias da alta sociedade, e que a forma como os pais criavam seus filhos poderia ser a peça fundamental para explicar essa patologia, que foi descrita por Bettelheim (1987) como das “mães-geladeiras” (PIECZARKA et. al., 2017).

A etiologia do autismo permanece desconhecida. Atualmente existem pesquisas que dizem que autistas apresentam anomalias de parte do cérebro, diferenças estruturais e funcionais (VALE, 2013).

Uma das teorias impostas principalmente pelos pesquisadores do campo da psicologia, é de fenótipos ampliado de autismo, que são expressões mais leves de traços do TEA em pais e irmãos não afetados, (PIVEM, 2001 apud ENDRES et al., 2015) levando em consideração as características de personalidade, de linguagem e a presença de comportamentos que sugira uma suscetibilidade genética para o desenvolvimento do TEA (DAVIDSON et al., 2012 apud ENDRES et al., 2015). Vários

estudos demonstram que familiares de indivíduos com TEA exibem traços sub clínicos relacionados ao transtorno, tais como retraimento social, perfeccionismo, traços detalhistas, e de linguagem (RONALD e HOEKSTRA, 2011 apud ENDRES et al., 2015).

Segundo Siqueira et al. (2016), o cérebro autista apresenta alterações em sua anatomia e função:

O cérebro de uma pessoa autista apresenta falha de comunicação entre os neurônios, dificultando o processamento de informações. Apresenta alterações principalmente no corpo caloso, que é responsável por facilitar a comunicação entre os dois hemisférios do cérebro, a amígdala, responsável pelo comportamento social e emocional e o cerebelo, que está envolvido com as atividades motoras, como o equilíbrio e a coordenação. O cérebro autista apresenta também prejuízo em dois principais neurotransmissores: a serotonina e o glutamato. (SIQUEIRA et al. 2016 p. 225).

Moraes (2014) diz que os sintomas do autismo têm relação direta com essas anormalidades do desenvolvimento cerebral e alterações em seus neurotransmissores. Dentre elas está o hipocampo, que é a estrutura responsável pela formação e armazenamento das memórias a longo prazo. Crianças com autismo apresentam o hipocampo do lado direito com maior volume do que em indivíduos ditos normais. Assim como o subículo que é a menor parte do hipocampo, responsável pela regulação da dopamina, anomalias em sua formação têm sido associada ao autismo. Outra alteração encontrada é no corpo mamilar, que se localiza no hipotálamo, e é responsável por regular os reflexos alimentares. Lesões nessa estrutura causa uma perda na capacidade de navegação no espaço, portanto sugere-se que em indivíduos autistas ocorre uma hipoativação dessa região, causando prejuízos na capacidade de aprendizagem espacial. O córtex entorrinal também se apresenta com anomalias em seu volume e desenvolvimento, sendo este responsável pelo processamento de aspectos sensoriais e motores. A amígdala em crianças autistas é inicialmente maior, entretanto, não continua a crescer com o passar da idade, como ocorre com crianças não autistas. Outra alteração citada foi o de que existe forte relação com o volume da amígdala e o grau de severidade do autismo. E por fim, o córtex pré-frontal que está envolvido no desenvolvimento da personalidade, e nas emoções. Em crianças autistas

essa região apresenta um padrão de maturação mais lento, o que condiz com o desempenho cognitivo dos mesmos (MORAES, 2014).

2.4 Epidemiologia

Segundo Aguiar e Ribeiro (2018) em uma revisão de estudos epidemiológicos de 1996 a 2006, a incidência de TEA está entre 7 a 10 casos para 10000. Este dado confirma que o número de casos vem aumentando quando comparada a tempos passados, o que se pode atribuir aos avanços nas pesquisas e critérios de diagnósticos, que possibilitou uma melhor diferenciação das demais patologias da infância.

A última publicação epidemiológica feita se deu em 2014, onde constatou-se uma prevalência de 14.7 por 1.000 (1 a cada 68) crianças afetadas por TEA nos Estados Unidos (PORTOLESE et al., 2017).

No Brasil por sua vez não existem dados epidemiológicos específicos para esse índice. Em um estudo piloto, aponta para uma prevalência aproximada de 1:360 ou seja 2,7 por 1000. Porém não se sabe ao certo se esta estimativa seja subestimada (PAULA; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2011).

2.5 Processamento Sensorial

Em 1989 Jean Ayres desenvolveu uma teoria a respeito da integração sensorial, onde diz que todo indivíduo deve receber os estímulos do ambiente pelas terminações nervosas periféricas e as encaminhar aos centros nervosos. Através desse processo, o corpo poderá ter uma resposta motora adequada a aquele determinado estímulo. Os três principais sistemas responsáveis pela interação sensorial são: tato, vestibular e proprioceptivo. Estes estão conectados entre si e aos demais sentidos. Isso influenciará na adaptação do indivíduo no meio em que está inserido (ANDRADE, 2012).

Porém em indivíduos com TEA esse processamento está comprometido, estudos sugerem que esses indivíduos são hipo ou hipersensíveis a esses estímulos, que são comuns as demais pessoas. Um exemplo básico é o uso de um perfume diariamente, com o passar do tempo nosso cérebro entende que isso não é relevante, e passamos a não sentir mais o cheiro, porém, indivíduos que não tem esse

processamento sensorial adequado, o cérebro entenderá como uma informação importante e a processará constantemente, sobrecarregando o sistema sensorial (ANDRADE, 2012).

O ponto de vista de Piaget é que, todo o processo de desenvolvimento é uma construção. A percepção seria o ato de assimilar o mundo exterior a partir dos esquemas, nos primeiros anos de vida a percepção está centrada no próprio corpo do indivíduo, a partir das sensações, no conhecimento do mundo através da visão, do tato, do paladar, do olfato e audição. Nesse período os indivíduos partem dos reflexos para a construção de esquemas que os acompanharão pelo resto de suas vidas. Sendo assim no que diz respeito a essa construção, os indivíduos com TEA apresentam muitas dificuldades. Esse aspecto chamou atenção dos pesquisadores a partir de relatos dos próprios pacientes, então passou-se a investigar o impacto dessas diferenças sensorio-perceptivas não só no comportamento, mas também na linguagem, cognição e prejuízos sociais de indivíduos autistas (PIECZARKA et al., 2017).

2.6 Tratamento

Habitualmente, como tratamento inicial para o paciente autista medicamentos são prescritos, estes não atuam sobre a síndrome, mas sim são designados a tratar sintomas comportamentais que podem atrapalhar o funcionamento global da criança (TEIXEIRA, 2016).

O autismo não tem cura, porém nos dias atuais foram desenvolvidas diversas terapias para a melhora na qualidade de vida desses pacientes. É indispensável um tratamento multidisciplinar para atender todas as suas necessidades. As terapias mais utilizadas atualmente são a Análise aplicada do comportamento (ABA), Sistema de comunicação por figuras (PECS), Son rise e TEACCH (LOCATELLI e SANTOS, 2016). A atuação do fonoaudiólogo é indispensável, este irá trabalhar a estimulação das habilidades de comunicação verbal e não verbal, assim como orientação de pais e professores para a alfabetização e eventuais distúrbios de aprendizagem (VIEIRA e BALDIN, 2017).

Existe uma infinidade de recursos terapêuticos para o tratamento do TEA, como a arteterapia, musicoterapia, ludoterapia, equoterapia, integração sensorial, hidroterapia e pôr fim a fisioterapia.

Em estudos recentes, foi constatado que indivíduos com autismo apresentam alterações motoras, posturais e dispraxia, isso pode estar relacionado com as alterações comportamentais e físicos desses indivíduos. Podem ainda apresentar atraso no desenvolvimento psicomotor e alterações de tônus muscular (Hipotonia moderada está presente em até 50% dos casos). Por conta disso a marcha e diversos outros movimentos ficam comprometidos (DOWNEY; RAPPORT, 2012).

Os objetivos do programa para o tratamento do autismo são traçados de acordo com as dificuldades e habilidades da criança, sendo levada em conta a fase de desenvolvimento em que se apresenta. Geralmente a intervenção comportamental, a terapia fonoaudiológica, ocupacional e psicopedagógica fazem parte do programa para os tratamentos do autismo (MARQUES et al., 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização Geral do Estudo

O presente estudo caracteriza-se como transversal, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na associação Aquarela Pró – Autista na cidade de Erechim – RS.

3.2 População e Amostra

A população foi composta por responsáveis pelas crianças frequentadoras da Associação Aquarela de Erechim – RS.

A amostra contou com 11 responsáveis, residentes no município de Erechim – RS, onde as crianças analisadas foram de ambos os sexos e com idade entre 03 e 14 anos. Todos foram informados sobre os riscos e benefícios do projeto e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos responsáveis de crianças com diagnóstico clínico de TEA, frequentem a Associação Aquarela Pró – Autista, com idade entre 03 e 14 anos, cujos pais ou responsáveis comparecerem à reunião inicial e que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos dessa amostra aqueles com idade inferior aos 03 anos e superior aos 14 anos, cujos responsáveis não compareceram à reunião de apresentação, assim como os que não concordaram com algum item do TCLE.

3.3 Procedimentos para coleta de dados

Previamente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Erechim, para apreciação e aprovação.

A aluna pesquisadora juntamente com a orientadora, entrou em contato pessoalmente, solicitando uma autorização através do termo por escrito (APÊNDICE A), a Mari Auler, presidente da Associação Aquarela Pró – Autista, na Rua Antônio Burin, nº 35, Bairro Santa Catarina, Erechim – RS, CEP 99700-000, local onde ocorreu o estudo.

Após a concordância do responsável pela Associação, a mesma entrou em contato com os pais ou responsáveis dos indivíduos com TEA, os convidando para uma reunião em grupo, onde foi explicado a metodologia e os objetivos da pesquisa, assim como o esclarecimento das possíveis dúvidas. Com o aceite, os pais ou responsáveis assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

Com os que concordaram em participar da pesquisa, foi aplicado 3 questionários: Sensory Profile (Winnie Dunn) (ANEXO A), Escala Childhood Autism Rating Scale (CARS) (ANEXO B) e Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (ENEXO C).

3.3.1 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário Sensory Profile (Winnie Dunn): composto de 86 questões em sua versão completa, para pais ou responsáveis de crianças com idade entre 03 e 14 anos, organizadas em 9 sessões (Sensibilidade auditiva, visual, tátil, movimentos, posição do corpo, sensibilidade oral, condutas, respostas socioemocionais, atenção) com o objetivo de avaliar a presença de alterações no processamento sensorial.

Escala Childhood Autism Rating Scale (CARS): que tem como objetivo a avaliação da gravidade do TEA o classificando em déficit ausente, leve, moderado ou grave. A escala avalia o comportamento em 14 domínios geralmente afetados no autismo, somadas a uma categoria única para descrição de impressões gerais. Os 15 quesitos de avaliação são os seguintes: (1) interação com as pessoas, (2) imitação, (3) resposta emocional, (4) uso do corpo, (5) uso de objetos, (6) adaptação à mudança, (7) reação a estímulos visuais e (8) auditivos, (9) a resposta e uso da gustação, olfato e tato; (10) medo ou nervosismo, (11) comunicação verbal, (12)

comunicação não verbal, (13) nível de atividade, (14) o nível e a coerência da resposta intelectual e, finalmente, as (15) impressões gerais. A pontuação atribuída a cada domínio varia de um (dentro dos limites da normalidade) a quatro (sintomas autísticos graves). A pontuação total varia de 15-60 e o ponto de corte para o autismo é 30 e 60 é considerado Autismo grave. (RAPIN; GOLDMAN, 2008).

Questionário de Qualidade de vida SF-36 (ANEXO C): que consiste em um questionário, sendo formado por 36 itens, englobados em oito domínios: 1- capacidade funcional; 2- aspectos físicos; 3- aspectos emocionais; 4- dor; 5- estado geral de saúde; 6- vitalidade; 7- aspectos sociais e 8- saúde mental, em que apresenta um escore final de 0 a 100, no qual 0 corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado geral de saúde. (CAMARGOS et al., 2004). As três escalas foram aplicadas aos cuidadores, com duração aproximada de 1 hora.

3.4 Análise dos Dados

Os dados foram organizados, tabulados e sumarizados no sistema Microsoft Excel. Para tratamento dos dados foi realizada análise descritiva simples para média e desvio padrão. Os resultados obtidos para o Perfil Sensorial 2 de Dunn foram expostos de maneira qualitativa, sendo comentado cada item da avaliação.

Para determinar a existência da relação entre duas variáveis optou-se pelo método paramétrico de Pearson (Action 2.9). Para testar o nível de confiança das correlações positivas foi realizado o Teste t-student., onde foi considerado nível de significância de $p < 0,05$.

3.5 Considerações Éticas

Esta pesquisa está em observância às diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Erechim, com apreciação e aprovação sob o número 93258218.0.0000.5351.

Todos os dados referentes à pesquisa e, principalmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCL – assinados pelos responsáveis das crianças, estão sob a guarda da professora orientadores Karine Angélica Malysz, em

arquivo particular, pelo período de cinco anos, sendo posteriormente descartados de maneira ecológica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil dos Participantes

No presente estudo foram recrutados 11 responsáveis pelas crianças participantes da Associação de Autistas – Aquarela, sendo dez do sexo masculino (91%) e uma do sexo feminino (9%). Dentre os autistas, 64%, ou seja, sete indivíduos apresentavam entre 4-6 anos, 27% entre 7 e 9 anos, e apenas um indivíduo acima de 10 anos (9%), tendo como média geral de idade 6 anos. Em relação ao nível de escolaridade, 9% frequentavam o maternal, 18% a pré-escola, 45% entre o 1º e 2º ano e 28% 3º e 4º ano escolar, conforme tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos indivíduos com transtorno do espectro autista atendidos na associação Aquarela de Erechim.

Sexo	Frequência	%
Feminino	1	9
Masculino	10	91
Idade		
4 – 6	7	64
7 – 9	3	27
Maior ou igual a 10	1	9
Nível de Escolaridade		
Maternal	1	9
Pré-escola	2	18
1ª e 2ª ano	5	45
3ª e 4ª ano	3	28

Fonte: Autor.

Pesquisas atuais apontam para uma prevalência do sexo masculino como o gênero mais afetado pelo espectro autista. Gomes et al. (2015) relatam que no Brasil, a estimativa em 2010 era cerca de 500 mil autistas, e a nível mundial o sexo masculino é significativamente mais afetado, com uma prevalência de um a cada 88 nascidos vivos.

Corroborando com os dados encontrados, Lima et al. (2017), analisaram crianças com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro, em uma amostra composta por 2.213 indivíduos, identificaram 782 indivíduos com algum grau

de autismo, observando um predomínio do sexo masculino em 633 casos (81%), já o sexo feminino obteve número de 149 casos (19%). Constataram faixa etária entre 10 a 14 anos em 32%, 15 a 19 em outros 32 %. Em relação a inserção escolar, 32% tinham acesso a classe especial e 20% matriculados em classe regular, e 20% não frequentavam escola.

4.2 Nível de Severidade do Transtorno do Espectro Autista

Referente avaliação do grau de severidade do TEA, aplicou-se a escala CARDS, onde é possível classificar o transtorno em déficit ausente, leve, moderado ou grave, conforme a Tabela 2.

Tabela 2: Avaliação do grau de severidade do autismo pela escala CARS, de indivíduos frequentadores da associação aquarela pró-autista de Erechim.

	Escore médio	%
Não Autista	18,0	9,0
Autismo leve	27,4	45,6
Autismo moderado	32,2	36,4
Autismo severo	60,5	9,0

Fonte: Autor.

Percebe-se que a grande maioria, 45,5% apresentou escore leve, 36,4% autismo moderado e a minoria autismo severo 9%. O dado intrigante é que 1 indivíduo apresentou escore 18, indicando ser “Não autista”.

Onzi e Gomes (2015) afirma que o Transtorno do Espectro Autista é uma desordem do desenvolvimento ainda distante de ser definido, pois não existem meios pelos quais se possa testá-lo, nem mesmo medi-lo. Porém sabe-se que as escalas avaliativas são um meio seguro e confiável de se ter base do comprometimento desses indivíduos.

Santos et al. (2016), salientam que a escala CARS sozinha não é suficiente para realizar o diagnóstico de autismo, mas através dela é possível dizer com segurança se uma criança apresenta sinais e sintomas característicos de autismo ou não.

Rosa; Matsukura; Squassoni (2019), em seu estudo a respeito da escolarização de indivíduos com TEA em idade adulta, observaram diagnósticos diferenciados, a maior parcela teve como diagnóstico Síndrome de Asperger. Já em relação ao nível

de gravidade, não se verificou predomínio de nenhum dos níveis. Diferente dos dados observados no atual estudo, onde houve predomínio do grau de severidade leve.

Outro ponto importante a ser considerado nesse contexto é o nível de percepção dos pais em relação aos seus filhos e ao seu diagnóstico, sendo este um fator limitante. Frente a isso, Silva et al. (2017), em seu estudo questionaram as mães de crianças autistas sobre o seu nível de entendimento a respeito do assunto, e obtiveram respostas heterogêneas sobre o tema, sendo que algumas compreendiam o significado do termo, e outras não tinham conhecimento sobre o termo autismo.

Portanto é possível que o nível de compreensão dos entrevistados acerca do tema em questão possa interferir diretamente no resultado.

4.3 Qualidade de vida dos cuidadores

Quanto a qualidade de vida dos cuidadores, verifica-se que os participantes apresentaram a melhor média no domínio capacidade funcional, com escore superior a 70. O domínio mais crítico, ou seja, que apresentou o resultado de menor escore, foi o que aborda limitação por aspectos emocionais, tendo como resultado apenas 24,2 de escore.

Tabela 3: Escala SF-36 dos cuidadores de indivíduos com transtorno do espectro autista frequentadores da associação Aquarela pró-autista de Erechim.

Variáveis		
Domínio SF 36	média	Desvio padrão
Capacidade Funcional	77,3	20,5
Aspecto Físico	56,6	46,0
Dor	49,5	18,1
Estado Geral da Saúde	65,5	16,1
Vitalidade	45,9	23,5
Aspecto Social	55,7	27,6
Aspecto Emocional	24,2	42,4
Saúde mental	49,8	19,9

Fonte: Autor.

Soares (2018) através de seu estudo, infere que a presença de crianças com TEA tende a modificar a vida por completo de seus cuidadores quando comparada antes de sua chegada. Neste mesmo contexto, Ferreira et al. (2015) em seu estudo, observaram que cuidadores experimentam uma infinidade de alterações emocionais e físicas, tais como dores, cansaço, distúrbios do sono, perda de peso, hipertensão, depressão, perda da perspectiva de vida e maior uso de psicotrópicos.

Além disso, Sousa e Menezes (2016) dizem que o cuidador de indivíduos com TEA apresentam índices mais elevados de sobrecarga, quando comparado a outras comorbidades como deficiências Intelectuais e transtornos de linguagem.

Costa et al. (2017) mencionaram que, cuidadores de crianças com espectro autista muitas vezes apresentam isolamento, ocorrido pela dificuldade de adaptação da criança ao ambiente social, o que conseqüentemente resulta em altos níveis de estresse e ansiedade.

Com o intuito de analisar a existência de relação entre as idades, graus de severidade do autismo e a qualidade de vida dos cuidadores, realizou-se a análise do grau de correlação entre as variáveis, bem como sua significância, conforme a Tabela 1, pelo teste de Pearson, o nível de significância considerado foi de 5%.

Tabela 4: Correlações entre qualidade de vida, idade e grau de severidade do autismo, dos indivíduos frequentadores da associação Aquarela Pró – Autista.

Variáveis		R	t_{cat}
1 Aspectos Físicos	Idade	-0,06	-0,18
2 Aspectos Físicos	Cars	-0,14	-0,42
3 Aspecto Geral da Saúde	Idade	-0,01	-0,03
4 Aspecto Geral da Saúde	Cars	0,22	0,68
5 Aspecto Social	Idade	-0,39	-1,27
6 Aspecto Social	Cars	-0,36	-1,23
7 Aspecto Emocional	Idade	0,18	0,49
8 Aspecto Emocional	Cars	-0,42	-1,29
9 Saúde Mental	Idade	-0,37	-1,24
10 Saúde Mental	Cars	-0,26	-0,73
11 Cards	Idade	0,27	0,75

Fonte: Autor.

Observa-se que, a maior correlação foi entre 'aspecto emocional' com CARS ($r = -0,42$), apresentando correlação moderada (entre 0,4 a 0,7 e -0,4 a -0,7). Indicando que o grau de severidade do autismo está diretamente relacionado com a qualidade de vida e saúde emocional dos cuidadores.

Corroborando com o atual estudo, Miele e Amato (2016) em seu estudo, realizaram uma revisão de literatura sobre qualidade de vida e estresse em cuidadores e familiares de indivíduos com TEA, observaram que as variáveis que interferem no bem-estar da família são aspectos como a severidade do autismo, depressão, ansiedade, otimismo e aceitação.

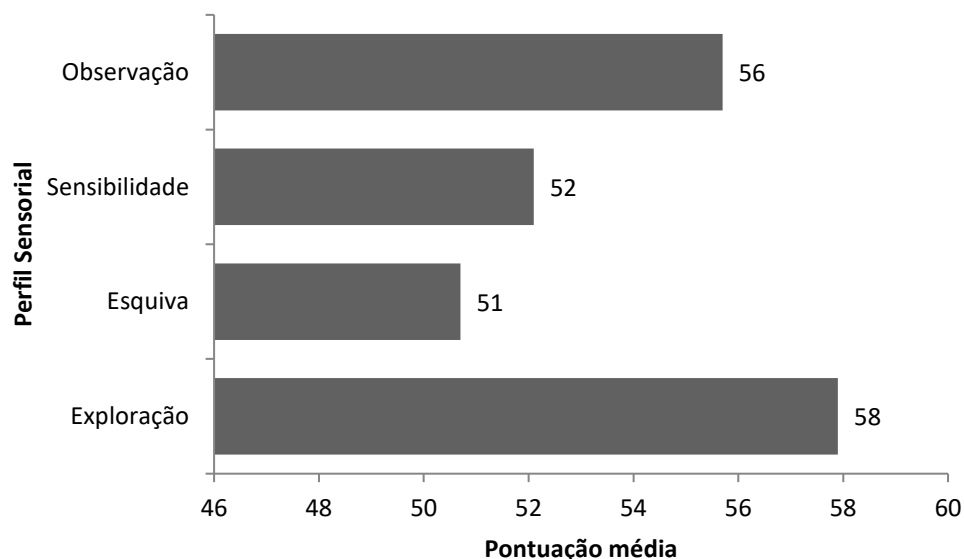
Dados semelhantes podem ser vistos no estudo de Ben et al. (2018), onde analisaram 176 crianças com seus respectivos cuidadores, durante dois anos, nesse tempo foram avaliados os comprometimentos sensoriais e de desenvolvimento das crianças, assim como avaliação de ansiedade, depressão estresse e funcionamento familiar dos cuidadores. Os resultados da pesquisa revelaram que os padrões de hiper-resposta dos filhos com autismo apresentavam correlação positiva com nível de estresse materno, além de impactarem a rotina familiar significativamente.

4.4 Perfil Sensorial

Os transtornos do processamento sensorial compreendem a dificuldade do sistema nervoso central em regular, de maneira gradual, a intensidade, duração e frequência da resposta aos estímulos sensoriais. É possível observar três tipos de alterações sensoriais: a hiper-resposta, a hiporesposta e a procura sensorial. Indivíduos hiper-responsivos apresentam baixo limiar neurológico aos estímulos sensoriais, respondendo de forma mais intensa e exagerada ao meio em que está inserido, indivíduos hipo-responsivos apresentam alto limiar neurológico, ou seja, é observada uma diminuição ou lentificação da percepção aos estímulos. Já indivíduos que se encaixam na busca sensorial, são aqueles que em suas atividades rotineiras tendem a se auto estimularem de forma mais intensa, sendo assim excessivamente ativos. (Souza; Nunes, 2019).

Na Figura 1 observa-se os quatro quadrantes que dizem respeito ao perfil sensorial dos indivíduos, onde exploração, sensibilidade e esquiva, os participantes foram classificados como 'Mais que os outros', já, o quadrante observação os indivíduos apresentaram-se como 'muito mais que os outros'.

Figura 1: Perfil sensorial por quadrante dos indivíduos com transtorno do espectro autista atendidos na associação Aquarela de Erechim.



Fonte: Autor.

O item observação analisa o grau de ‘não percepção’ aos estímulos sensoriais, no estudo atual observou-se uma média geral de 56 pontos, que os classifica como ‘muito mais que os outros’, o que quer dizer que estes indivíduos não percebem os estímulos sensoriais presentes no ambiente, ou seja, traços de apatia, em uma taxa mais elevada quando comparada a uma criança sem autismo.

No que diz respeito a sensibilidade, é possível analisar o grau em que a criança detecta os estímulos sensoriais. É possível observar uma média de 52 pontos no atual estudo, os classificando como ‘mais que os outros, portanto as crianças analisadas detectam os estímulos sensoriais de forma mais intensa.

Já na quadrante exploração é possível observar o grau que as crianças buscam por estímulos sensoriais, observou-se média de 58 pontos, ou seja, ‘mais que os outros’, buscam por estímulos sensoriais mais que as crianças sem autismo.

No quadrante esquiva, é possível analisar o grau que a criança fica incomodada aos estímulos sensoriais. A média obtida foi de 51, as classificando como ‘mais que os outros’, ou seja, tendem a se afastar de estímulos sensórias de forma mais intensa quando comparado a crianças sem autismo.

Yasuda et al. (2016), obtiveram resultados semelhantes ao atual estudo, onde realizaram avaliação de 2 grupos (15 indivíduos com TEA e 15 controles),

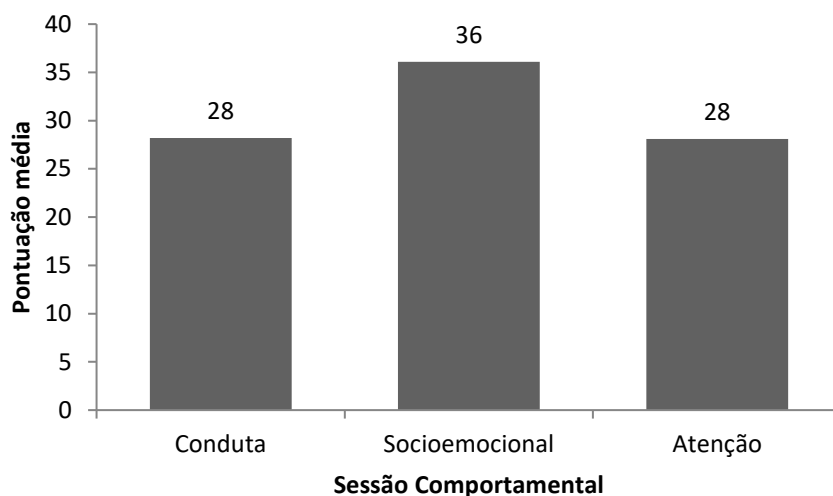
comparando a sensibilidade à dor subjetiva entre os grupos. Os indivíduos com TEA mostraram hipossensibilidade significativa à intensidade da dor subjetiva.

Tavassoli et al. (2016), utilizaram a escala de processamento sensorial (SPS) e o relato dos pais, obtiveram amostra de 35 indivíduos com TEA e 27 com desenvolvimento típico. Em seus resultados, observaram reatividade sensorial, ou seja, hiper-resposta aos estímulos, em 65% das crianças com TEA de acordo com a escala e 81% conforme relato dos pais, ao passo que nenhuma criança com desenvolvimento típico mostrou alterações em nenhuma das avaliações.

Já em estudo de Delgado (2017), onde investigou a percepção dos cuidadores em relação a terapia de integração sensorial, observou que em relação ao quadrante “observação” os dados são semelhantes aos vistos no atual estudo, onde ambos apresentaram-se como “mais que os outros”, o que indica que estes indivíduos tendem a esquecer ou demorar mais para responder a estímulos sensoriais, como por exemplo não notar que o rosto ou as mãos estão sujas, assim como demora em apresentar resposta a dor. Já em relação à “exploração” observou um baixo escore, os classificando “menos que os outros”, ou seja, não cria auto estimulação, como por exemplo andar descanso, ou buscar estímulos ambientais adicionais, dados estes contrários aos encontrados nos participantes atuais, onde os escores de exploração os classificam como “mais que os outros”.

Ao analisarmos mais a fundo os comprometimentos sensoriais a Figura 2 mostra a sessão comportamental (conduta, socioemocional e atenção), onde todas as opções classificaram-se como ‘mais que os outros’.

Figura 2: Perfil por sessão comportamental dos indivíduos com transtorno do espectro autista atendidos na associação Aquarela de Erechim.



Fonte: Autor.

A sessão comportamento se refere a forma como o indivíduo se porta no ambiente em relação a sua conduta ao seu convívio socioemocional e a sua atenção. Ambos os três itens analisados com pontuações médias de 28, 36 e 28 respectivamente, são classificados como 'mais que os outros'. Portanto é possível afirmar que o comportamento desses indivíduos se apresenta comprometido em todos seus aspectos.

Araújo et al. (2019) afirmam que crianças com TEA respondem a experiências sensoriais de forma diferente de crianças sem autismo. E essas respostas são muito heterogêneas. Indivíduos com TEA vivenciam dificuldades na percepção, integração e modulação de suas respostas a estímulos sensoriais diários, estando presente durante toda sua vida. Ainda salienta que pacientes com TEA apresentam alterações comportamentais relacionadas às habilidades de comunicação e socialização, e isso pode estar relacionada a déficits cognitivos

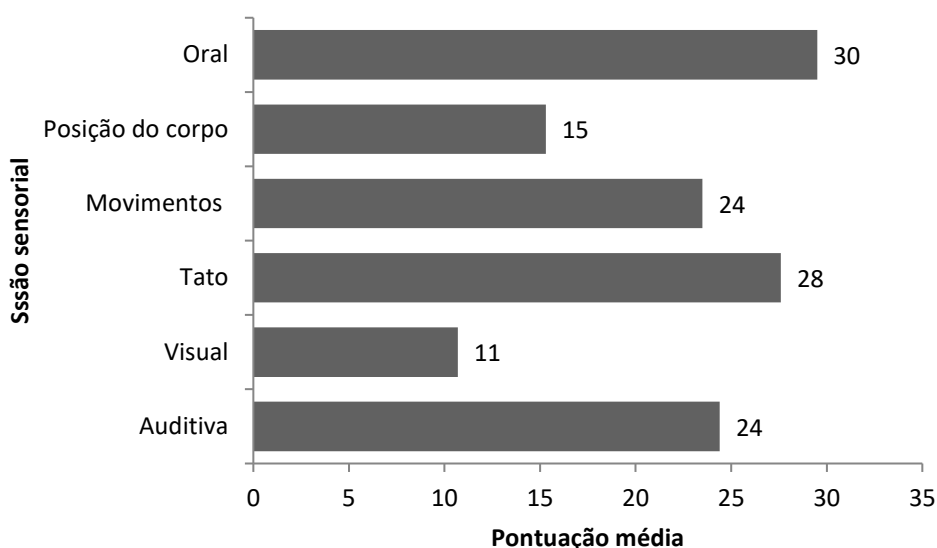
Gattino (2015), afirma que "anormalidades no córtex orbitofrontal e no núcleo caudado estão diretamente relacionadas aos comportamentos repetitivos e estereotipados e aos prejuízos socioemocionais desses indivíduos. Desta forma, torna-se importante a avaliação individualizada destes pacientes.

Ainda nesse sentido Schmidt (2017), fala que os prejuízos sociocomunicativos são os comportamentos mais persistentes ao longo da vida desses indivíduos. Boa parte dessa população não é capaz de empregar linguagem comunicativa, e ainda é

possível observar em alguns casos atipicidades semânticas, fonêmicas, sintáticas e pragmáticas nos que verbalizam.

Já na sessão sensorial, os itens Auditivo, Visual e Posição do corpo classificou-se 'exatamente como os outros', e para os demais 'mais que os outros, conforme a Figura 3.

Figura 3: Perfil por sessão sensorial dos indivíduos com transtorno do espectro autista atendidos na associação Aquarela de Erechim.



Fonte: Autor.

Os itens auditivo, visual e posição do corpo classificaram-se “exatamente como os outros”, o que quer dizer que o processamento sensorial nesses quesitos é semelhante aos vistos em indivíduos sem autismo.

O item oral avalia a sensibilidade gustativa, incluindo cheiros e texturas de alimentos. Os indivíduos estudados apresentaram escore médio de 30 pontos, os classificando como “mais que os outros”, o que quer dizer que apresentam alterações gustativas.

Já é de conhecimento geral que indivíduos com TEA apresentam intolerâncias alimentares e seletividade a determinadas texturas e cheiros. Lange et al. (2015), traz que entre 50% e 83% dos indivíduos com TEA, necessitam de dietas especiais com suplementos alimentares e fitoterápicos, devido á alguma intolerância ou aversão alimentar. Ademais, indivíduos com TEA apresentam alteração na composição e função da microbiota intestinal, essas alterações estão fortemente relacionadas a

sintomas gastrointestinais e disfunções cognitivo-comportamentais (YANGY et al, 2018). Sarinho et al. (2017) afirmaram a partir de sua revisão de literatura, que várias foram as hipóteses propostas para justificar sintomas gastrintestinais associados ao TEA, os mais citados são o aumento da permeabilidade intestinal, inflamação intestinal, alterações na composição da microbiota intestinal e alergia alimentar.

O item movimento avalia a mobilidade do indivíduo no ambiente, no atual estudo pontou média de 24, os classificando como “mais que os outros”, ou seja, apresentam alterações de mobilidade e movimento. Lim et al. (2017), em uma revisão de literatura, buscaram sobre os efeitos da informação sensorial no controle postural estático de pessoas com autismo e desenvolvimento típicos. Os resultados revelaram haver diferença de controle postural entre os grupos, com maior prejuízo dessa capacidade entre os sujeitos com TEA em todas as condições sensoriais. Observaram também que os indivíduos com autismo são mais suscetíveis a instabilidade postural quando utilizam a informação sensorial visual para realizar os ajustes posturais.

O item tato está diretamente associado a busca sensorial, a atual amostra pontuou média de 28 pontos, os classificando como “mais que os outros”, ou seja, tentem a buscar ou se esquivar de estímulos sensoriais de forma mais intensa que indivíduos sem espectro autista. Grandin e Panek (2015), afirmam que o processamento tátil está dividido basicamente em duas formas: a hiporesponsividade, caracterizada pela busca de estímulos sensoriais, e hiperresponsividade, caracterizada pela fuga de estímulos sensoriais. Porém os perfis, apesar de opostos, podem apresentar as mesmas reações em pessoas com TEA, como comportamentos agitados ou isolamento social.

5 CONCLUSÃO

Através das análises realizadas, conclui-se um predomínio do sexo masculino, grau de autismo leve, assim como comprometimento significativo dos aspectos emocionais dos cuidadores.

Ainda, é possível afirmar que as crianças analisadas apresentam déficits no processamento sensorial em quase todos os itens avaliados, porém cabe destacar um maior escore do quadrante 'exploração', indicando um atraso na percepção dos estímulos presentes no ambiente, ou seja, uma tendência a hiporesposta sensorial.

Desta forma cabe destacar a importância da intervenção fisioterapêutica nessa população, uma vez que através de sua ampla gama de recursos procura integrar o indivíduo ao ambiente da forma mais funcional possível.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. C. L.; RIBEIRO, S. H. B. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: epidemiologia e instrumentos diagnósticos. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 6, n. 1, p. 01 - 10, 2018.
- ARAÚJO, L. A. et al. Transtorno do Espectro do Autismo. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. n. 05, p.1-24, abr. 2019.
- ALMEIDA, D. D. **Efeitos da Atividade Física Adaptada no Perfil Psicomotor de uma Criança com Espectro do Autismo - Estudo de um caso**. Trabalho apresentado para obtenção de mestrado em Atividade Física da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. 5 ed. Porto Alegre, 2013.
- ANDRADE, M. **Autismo e interação sensorial: A intervenção psicomotora como um instrumento facilitador no atendimento de crianças e adolescentes autistas**. Dissertação apresentada a Universidade Federal de Viçosa, para o programa de pós-graduação do curso de Educação Física, Viçosa, 2012.
- BEM, S. et al. Sensory over-responsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates. **Journal of Abnormal Child Psychology**, Boston, v.37, n.5, p.705-716, 2018.
- CAMARGOS, A. C. R. et al. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.8, n.3, p. 267-272, 2004.
- COSTA, A. P, et al. Contributors to well-being and stress in parents of children with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**, Luxembourg, v. 37, p. 61-72, May. 2017.
- DELGADO, A. S. **Percepção dos cuidadores formais em relação a terapia de integração sensorial em adultos com transtorno do espectro do autismo**. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de mestra em Saúde. Campinas – SP, 2017.
- DOWNEY, R.; RAPPORT, M. J. K. Motor Activity in Children With Autism: A Review of Current Literature. **Pediatric Physical Therapy**, Denver, v. 24, n. 1, p. 2-20, 2012.
- ENDRES, R. G. et al. O fenótipo ampliado do autismo em genitores de crianças com transtorno do espectro do autismo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 285-292, 2015.

- FERREIRA, M. C. et al. Avaliação do índice de sobrecarga de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral e sua relação com a qualidade de vida e aspectos sócioeconômicos. **Revista Acta Fisiátrica**, Goiânia, v. 22, n. 1, p.9-13, 2015.
- GATTINO, G. S. Musicoterapia e Autismo: Teoria e Prática. **Memnon**, São Paulo, 2015.
- GRANDIN, T.; PANEK, R. **O Cérebro Autista: pensando através do espectro**. 1 ed. Rio de Janeiro, 2015.
- GOMES, P. T. et al. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p.111-121, maio 2015.
- GONÇALVES, I. A. M. **A psicomotricidade e as perturbações do espectro do autismo no centro de recursos para a inclusão da APPDA - Lisboa**. Monografia apresentada ao curso de Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.
- LANGE K. W.; HAUSER J.; REISSMANN A. Gluten-free and casein-free diets in the therapy of autism. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care**, Alemanha, v. 18, n. 6, p.572-575, 2015.
- LIMA, R. C. et al. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.196-207, Mar. 2017.
- LIM, Y. H. et al. Standing postural control in individuals with autism spectrum disorder: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Australia, v. 47, n.7, p. 2238–2253, Jul. 2017.
- LOCATELLI, P. B.; SANTOS, M. F. R. AUTISMO: Propostas de Intervenção. **Revista Transformar**, Itaperuna, p.203-220, 2016.
- MARQUES, A. C. et al. Atuação da fisioterapia no distúrbio do espectro autista, síndrome de rett e síndrome de asperger: Revisão de literatura. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 27, n. 1, p.35-39, 2016.
- MIELE, F. G.; AMATO, C. A. H. Transtorno do espectro autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares - revisão de literatura. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.89-102, 2016.
- MOURA, P. J.; SATO, F.; MERCADANTE, M. T. Bases neurobiológicas do autismo: enfoque no domínio da sociabilidade. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 5, n. 1, p. 47 – 57, 2018.

MORAES, T. P. B. Autismo: Entre a alta sistematização e a baixa empatia. Um estudo sobre a hipótese de hipermasculinização no cérebro no espectro autista. **Revista Pilquen**, Argentina, n. 11, p. 01-19, 2014.

OMS. Transtorno do espectro autista. 2017. Disponível em: <
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> >. Acesso em: 13 de maio de 2018.

ONZI, F. Z.; GOMES, R. E. Transtorno do espectro autista: a importância do diagnóstico e reabilitação. **Caderno Pedagógico**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p.188-199, 2015.

PAULA, C.S.; RIBEIRO, S.H.B.; TEIXEIRA, M.C.T.V. Epidemiologia e Transtornos Globais do Desenvolvimento. **Transtornos do Espectro do Autismo**, São Paulo, p. 151–158, 2011.

PIECZARKA, et al. **O desenvolvimento do transtorno do espectro autista: considerações a partir de Piaget**. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Educação ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

PORTOLESE, J. et al. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.79-91, 2017.

RAPIN, I.; GOLDMAN, S. A escala CARS brasileira: uma ferramenta de triagem padronizada para o autismo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 6, p.473-475, dez. 2008.

ROSA, F. D.; MATSUKURA, T. S.; SQUASSONI, C. E. Escolarização de pessoas com Transtornos do Espectro Autista (TEA) em idade adulta: relatos e perspectivas de pais e cuidadores de adultos com TEA. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 2, p.302-316, Jul. 2019.

SANTOS, E. R. et al. Autismo: caracterização e classificação do grau de severidade dos alunos da associação maringense dos autistas (ama) com base no método cars. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, Maringá, v. 15, n. 3, p.37-41, Ago. 2016.

SARINHO, E. S. C. et al. Alergia alimentar e Transtorno do espectro autista: existe relação?. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. n. 2, p.01-06, Ago. 2017.

SIQUEIRA, C. C. et al. O cérebro autista: a biologia da mente e sua implicação no comprometimento social. **Revista Transformar**, Itaperuna, p.221-237, 2016.

SILVA, D. C. R. et al. Percepção de mães com filhos diagnosticados com autismo. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Bahia, v. 3, n. 7, p.377-383, 2017.

SOUZA, R. F.; NUNES, D. R. P. Transtornos do processamento sensorial no autismo: algumas considerações. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 32, n. 2, p.1-17, 2019.

SOUSA, A. P. M., Menezes, A. B. **Cuidadores primários de crianças com transtorno do espectro autístico: uma revisão sistemática**. Comunicação oral apresentada no XXV Encontro Brasileiro de Psicologia e Medicina Comportamental, Foz de Iguaçu, 2016.

SOARES, E. S. **A qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista**. Anteprojeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SCHMIDT, C. **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. 5 ed. Campinas: Papyrus, 2017.

TAVASSOLI, T. et al. Measuring sensory reactivity in autismo spectrum disorder: application and simplification of a clinician administered sensory observation scale. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2016.

TEIXEIRA, G. **Manual do Autismo**. 2. Ed. – Rio de Janeiro: Best Seller, 2016.

VALE, J. I. G. **Estudo do desenvolvimento da coordenação motora e equilíbrio em crianças com perturbações do espectro do autismo, inseridas num programa educacional de equitação terapêutica**. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Desporto, Portugal, 2013.

VIEIRA, N. M.; BALDIN, S. R. **Diagnóstico e intervenção de indivíduos com transtorno do espectro autista**. Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional, Sergipe, v. 10, n. 1, p.1-9, jan. 2017.

YASUDA, Y. et al. Sensory cognitive abnormalities of pain in autismo spectrum disorder: a case control study. **Ann Gen Psychiatry**, Osaka, v. 15, n. 8, p. 2-8, 2016.

YANG, Y. et al. Targeting gut microbiome: a novel and potential therapy for autism. **Life Sciences**, Higashihiroshima, v. 194, n. 1, p.111-119, 2018.

APÊNDICE A - Termo de autorização da Instituição

Termo de Autorização da Instituição

Eu, Mari Auler, responsável pela Associação Aquarela Pró – Autista, autorizo a realização do estudo, “Avaliação do perfil sensorial de indivíduos com transtorno do espectro autista frequentadores da Associação Aquarela pró-autista de Erechim”, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: No primeiro momento os responsáveis serão contatados e convidados a participar de uma reunião em grupo, onde será explicado a metodologia e os objetivos do estudo, e também o esclarecimento de possíveis dúvidas e ao mesmo passo recolher as assinaturas do TCLE dos que concordarem em participar. Após isso, será marcada uma data para uma entrevista individual com os responsáveis pelo período de mais ou menos uma hora, onde será aplicada três escalas, para a avaliação sensorial será aplicada a *Sensory Profile* (Winnie Dunn) em sua versão abreviada, que consiste em um questionário com 38 questões organizadas em 7 sessões (Sensibilidade tátil, sensibilidade a gosto/olfato, sensibilidade a movimento, baixa responsividade/procura a sensação, filtro auditivo, baixa energia/fraco, sensibilidade visual/auditiva) com o objetivo de avaliar a presença de alterações no processamento sensorial. Para a avaliação do grau de severidade do autismo será aplicada a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) que avalia 14 comportamentos típicos nesses indivíduos e os classifica em leve, moderado e grave. E por fim para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores será aplicado a escala SF-36. Ao fim das entrevistas será solicitado os prontuários dos indivíduos frequentadores para a caracterização do perfil da população a ser pesquisada.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos

participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

DaianaBuczkoski_____

KarineMalysz_____

Observação: todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.

APENDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP | URI Erechim



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa “Avaliação do perfil sensorial de indivíduos com transtorno do espectro autista frequentadores da associação aquarela pró – autista de Erechim”, e que tem como objetivo avaliar o perfil sensorial desses indivíduos, assim como seu grau de severidade e por fim a qualidade de vida de seus cuidadores.

O projeto consiste nos seguintes procedimentos: No primeiro momento os pais ou responsáveis serão contatados e convidados a participar de uma reunião em grupo, onde será explicado a metodologia e os objetivos do estudo, e o esclarecimento de possíveis dúvidas e ao mesmo passo recolher as assinaturas do TCLE dos que concordarem em participar. Após isso, será marcada uma data para uma entrevista individual com os responsáveis pelo período de mais ou menos uma hora, onde será aplicada três escalas, para a avaliação sensorial será aplicada a *Sensory Profile* que consiste em um questionário com 86 questões onde se tem a possibilidade de uma avaliação em todos os aspectos sensoriais das crianças a partir do relato dos cuidadores. Para a avaliação do grau de severidade do autismo será aplicada a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) que avalia 14 comportamentos típicos nesses indivíduos e os classifica em leve, moderado e grave. E por fim para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores será aplicado a escala SF-36. Ao fim das entrevistas será solicitado os prontuários dos indivíduos frequentadores para a caracterização do perfil da população a ser pesquisada.

Durante a execução do projeto será possível ter conhecimento das principais alterações sensoriais e perante isso será possível a indicação de terapias mais apropriadas, sendo este o benefício desta pesquisa. É possível que aconteçam os seguintes desconforto: Tempo despedido para o preenchimento dos questionários.

Dos quais, medidas serão tomadas para sua redução, tais como tentar ser o mais breve e objetivo possível durante as entrevistas.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem direito de:

1. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta).
2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação.
3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Ser indenizado, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Procurar esclarecimentos com o Sra Daiana Buczkoski, por meio do número de telefone: (54)9-96671257 ou no endereço: Rua Campos Sales número 520 apartamento 202, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.
7. Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br, se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicado (a) de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa.

Eu, Nome por extenso do participante da pesquisa (NÃO É ASSINATURA), declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa:

Eu, Karine Malysz declaro que forneci, de forma apropriada, todas as

informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Professor pesquisador:

Eu, Daiana Buczkoski, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, _____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno-pesquisador: _____

ANEXO A – Escala Perfil Sensorial 2 (Winnie Dunn)

CRIANÇA

PERFIL SENSORIAL 2



Winnie Dunn, PhD, OTR, FAOTA

Questionário do cuidador

De 3 anos e 0 meses a 14 anos e 11 meses

APENAS PARA USO INTERNO

Cálculo da idade da criança

	Ano	Mês	Dia
Data do teste			
Data de nascimento			
Idade			

Primeiro nome da criança: _____ Nome do meio da criança: _____

Sobrenome da criança: _____ Número de RG: _____

Nome pelo qual a criança gosta de ser chamada (se diferente do acima): _____

Sexo: Masculino Feminino Data de nascimento: ____/____/____ Data do teste: ____/____/____

Nome do examinador/Provedor de serviços: _____

Profissão do examinador/Provedor de serviços: _____

Preenchido por/Nome do cuidador: _____

Relação entre o cuidador e a criança: _____

Nome da escola/creche: _____

Nível de escolaridade: _____

Em qual ordem seu/sua filho(a) nasceu em relação aos irmãos (por exemplo, 1º/1ª filho(a), 3º/3ª filho(a), etc.)?
 Filho(a) único(a) 1º/1ª 2º/2ª 3º/3ª 4º/4ª 5º/5ª Outro(a) _____

Houve mais de três crianças entre a idade do nascimento até 18 anos vivendo em seu domicílio durante os últimos 12 meses? Sim Não

INSTRUÇÕES

As páginas a seguir contêm afirmações que descrevem como as crianças podem agir. Leia cada frase e selecione a opção que melhor descreve a frequência na qual seu/sua filho(a) demonstra esses comportamentos. *Marque uma opção para cada afirmação.*

Use estas orientações para marcar suas respostas:

Quando tem a oportunidade, meu filho(a)...

Quase sempre	responde desta maneira Quase sempre (90% ou mais do tempo).
Frequentemente	responde desta maneira Frequentemente (75% do tempo).
Metade do tempo	responde desta maneira Metade do tempo (50% do tempo).
Ocasionalmente	responde desta maneira Ocasionalmente (25% do tempo).
Quase nunca	responde desta maneira Quase nunca (10% ou menos do tempo).
Não se aplica	Se você não puder responder porque você não observou o comportamento ou acha que tal item não se aplica ao/a seu/sua filho(a), marque Não se aplica .



L000000268



7 898621 713248

PsychCorp é uma marca da **Pearson Clinical Assessment**.

Copyright © 2014 NCS Pearson, Inc. Todos os direitos reservados.

Advertência: nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer sistema de armazenamento e recuperação de informações sem a permissão por escrito do proprietário dos direitos autorais.

Pearson, o logotipo **PSI**, **PsychCorp** e o **Perfil Sensorial** são marcas registradas nos EUA e/ou em outros países, da Pearson Education, Inc., ou sua(s) afiliada(s).



Processamento AUDITIVO		5	4	3	2	1	
Qualitativo	Item	Meu/minha filho(a)...					
EV	1	reage intensamente a sons inesperados ou barulhentos (por exemplo, sirenes, cachorro latindo, secador de cabelo).					
EV	2	coloca as mãos sobre os ouvidos para protegê-los do som.					
SN	3	tem dificuldade em concluir tarefas quando há música tocando ou a TV está ligada.					
SN	4	se distrai quando há muito barulho ao redor.					
EV	5	torna-se improdutivo(a) com ruídos de fundo (por exemplo, ventilador, geladeira).					
SN	6	para de prestar atenção em mim ou parece que me ignora.					
SN	7	parece não ouvir quando eu o(a) chamo por seu nome (mesmo com sua audição sendo normal).					
DE	8	gosta de barulhos estranhos ou faz barulho(s) para se divertir.					
Pontuação bruta AUDITIVA							
Comentários sobre o processamento AUDITIVO: _____							

Processamento VISUAL		5	4	3	2	1	
Qualitativo	Item	Meu/minha filho(a)...					
SN	9	prefere brincar ou fazer tarefas em condições de pouca luz.					
	10	prefere vestir-se com roupas de cores brilhantes ou estampadas.					
	11	se diverte ao olhar para detalhes visuais em objetos.					
DE	12	precisa de ajuda para encontrar objetos que são óbvios para outros.					
SN	13	se incomoda mais com luzes brilhantes do que outras crianças da mesma idade.					
EV	14	observa as pessoas conforme elas se movem ao redor da sala.					
Pontuação bruta VISUAL							
EV	15	se incomoda com luzes brilhantes (por exemplo, se esconde da luz solar que reflete através da janela do carro).*					
Este item não faz parte da Pontuação bruta VISUAL.							
Comentários sobre o processamento VISUAL: _____							

Quantidade		Processamento do TATO		Quanto tempo	Observações	Observações	Observações	Observações	Observações
Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
SN	16	Meu/minha filho(a)...	mostra desconforto durante momentos de cuidado pessoal (por exemplo, briga ou chora durante o corte de cabelo, lavagem do rosto, corte das unhas das mãos).						
	17		se irrita com o uso de sapatos ou meias.						
EV	18		mostra uma resposta emocional ou agressiva ao ser tocado(a).						
SN	19		fica ansioso(a) quando fica de pé em proximidade a outros (por exemplo, em uma fila).						
SN	20		estrega ou coça uma parte do corpo que foi tocada.						
EX	21		toca as pessoas ou objetos a ponto de incomodar outros.						
EX	22		exibe a necessidade de tocar brinquedos, superfícies ou texturas (por exemplo, quer obter a sensação de tudo ao redor).						
CB	23		parece não ter consciência quanto à dor.						
CB	24		parece não ter consciência quanto a mudanças de temperatura.						
EX	25		toca pessoas e objetos mais do que crianças da mesma idade.						
CB	26		parece alheio(a) quanto ao fato de suas mãos ou face estarem sujas.						
				Pontuação bruta do TATO					
Comentários sobre o processamento do TATO: _____									

Quantidade		Processamento de MOVIMENTOS		Quanto tempo	Observações	Observações	Observações	Observações	Observações
Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item	Item
EX	27	Meu/minha filho(a)...	buzca movimentar-se até o ponto que interfere com rotinas diárias (por exemplo, não consegue ficar quieto, demonstra inquietude).						
EX	28		faz movimento de balançar na cadeira, no chão ou enquanto está em pé.						
	29		hesita subir ou descer calçadas ou degraus (por exemplo, é cauteloso, para antes de se movimentar).						
EX	30		fica animado(a) durante tarefas que envolvem movimento.						
EX	31		se assusta ao se movimentar ou escalar de modo perigoso.						
EX	32		procura oportunidades para cair sem se importar com a própria segurança (por exemplo, cai de propósito).						
CB	33		perde o equilíbrio inesperadamente ao caminhar sobre uma superfície irregular.						
CB	34		esbarra em coisas, sem conseguir notar objetos ou pessoas no caminho.						
				Pontuação bruta de MOVIMENTOS					
Comentários sobre o processamento de MOVIMENTOS: _____									

Processamento da POSIÇÃO DO CORPO		Quadrante	Item	Meu/minha filho(a)...	Quadrante Superior	Quadrante Inferior	Quadrante Superior	Quadrante Inferior	Quadrante Superior	Quadrante Inferior	Quadrante Superior	Quadrante Inferior	Quadrante Superior	Quadrante Inferior
OB	35			move-se de modo rígido.										
OB	36			fica cansado(a) facilmente, principalmente quando está em pé ou mantendo o corpo em uma posição.										
OB	37			parece ter músculos fracos.										
OB	38			se apoia para se sustentar (por exemplo, segura a cabeça com as mãos, apoia-se em uma parede).										
OB	39			se segura a objetos, paredes ou corrimões mais do que as crianças da mesma idade.										
OB	40			ao andar, faz barulho, como se os pés fossem pesados.										
EX	41			se inclina para se apoiar em móveis ou em outras pessoas.										
	42			precisa de cobertores pesados para dormir.										
				Pontuação bruta da POSIÇÃO DO CORPO										
				Comentários sobre o processamento da POSIÇÃO DO CORPO:										
Processamento de SENSIBILIDADE ORAL		Quadrante	Item	Meu/minha filho(a)...	Quadrante Superior	Quadrante Inferior	Quadrante Superior	Quadrante Inferior	Quadrante Superior	Quadrante Inferior	Quadrante Superior	Quadrante Inferior	Quadrante Superior	Quadrante Inferior
	43			fica com ânsia de vômito facilmente com certas texturas de alimentos ou utensílios alimentares na boca.										
EX	44			rejeita certos gostos ou cheiros de comida que são, normalmente, parte de dietas de crianças.										
EX	45			se alimenta somente de certos sabores (por exemplo, doce, salgado).										
EX	46			limita-se quanto a certas texturas de alimentos.										
EX	47			é exigente para comer, principalmente com relação às texturas de alimentos.										
EX	48			cheira objetos não comestíveis.										
EX	49			mostra uma forte preferência por certos sabores.										
EX	50			deseja intensamente certos alimentos, gostos ou cheiros.										
EX	51			coloca objetos na boca (por exemplo, lápis, mãos).										
EX	52			morde a língua ou lábios mais do que as crianças da mesma idade.										
				Pontuação bruta de SENSIBILIDADE ORAL										
				Comentários sobre o processamento da SENSIBILIDADE ORAL:										

Quadrante	Item	Meu/minha filho(a)...	1	2	3	4	5
GR	53	parece propenso(a) a acidentes.					
GR	54	se agrada em atividades de colorir, escrever ou desenhar.					
EX	55	se expõe a riscos excessivos (por exemplo, sobe alto em uma árvore, salta de móveis altos) que comprometem sua própria segurança.					
EX	56	parece ser mais ativo(a) do que crianças da mesma idade.					
GR	57	faz as coisas de uma maneira mais difícil do que necessário (por exemplo, perde tempo, move-se lentamente).					
EV	58	pode ser teimoso(a) e não cooperativo(a).					
EV	59	faz birra.					
EX	60	parece se divertir quando cai.					
EV	61	resiste ao contato visual comigo ou com outros.					
		Pontuação bruta de CONDUITA					
		Comentários sobre CONDUITA:					
Quadrante	Item	Meu/minha filho(a)...	1	2	3	4	5
GR	62	parece ter baixa autoestima (por exemplo, dificuldade de gostar de si mesmo(a)).					
EV	63	precisa de apoio positivo para enfrentar situações desafiadoras.					
EV	64	é sensível às críticas.					
EV	65	possui medos definidos e previsíveis.					
EV	66	se expressa sentindo-se como um fracasso.					
EV	67	é demasiadamente sério(a).					
EV	68	tem fortes explosões emocionais quando não consegue concluir uma tarefa.					
GR	69	tem dificuldade de interpretar linguagem corporal ou expressões faciais.					
EV	70	fica frustrado(a) facilmente.					
EV	71	possui medos que interferem nas rotinas diárias.					
EV	72	fica angustiado(a) com mudanças nos planos, rotinas ou expectativas.					
GR	73	precisa de mais proteção contra acontecimentos da vida do que crianças da mesma idade (por exemplo, é indefeso(a) física ou emocionalmente).					
EV	74	interage ou participa em grupos menos que crianças da mesma idade.					
EV	75	tem dificuldade com amizades (por exemplo, fazer ou manter amigos).					
		Pontuação bruta SOCIOEMOCIONAL					

Respostas de ATENÇÃO associadas ao processamento sensorial

Ícone	Item	Descrição	Pontuação					
			5	4	3	2	1	
		Meu/minha filho(a)...						
	76	não faz contato visual comigo durante interações no dia a dia.						
	77	tem dificuldade para prestar atenção.						
	78	se desvia de tarefas para observar todas as ações na sala.						
	79	parece alheio(a) dentro de um ambiente ativo (por exemplo, não tem consciência quanto à atividade).						
	80	olha fixamente, de maneira intensa, para objetos.						
	81	olha fixamente, de maneira intensa, para as pessoas.						
	82	observa a todos conforme se movem ao redor da sala.						
	83	muda de uma coisa para outra de modo a interferir com as atividades.						
	84	se perde facilmente.						
	85	tem dificuldade para encontrar objetos em espaços cheios de coisas (por exemplo, sapatos em um quarto bagunçado, lápis na "gaveta de bagunças").						
Pontuação bruta de ATENÇÃO								
	86	parece não se dar conta quando pessoas entram na sala.*						

*Este item não faz parte de Pontuação bruta de ATENÇÃO.

Comentários sobre respostas de ATENÇÃO: _____

APENAS PARA USO INTERNO

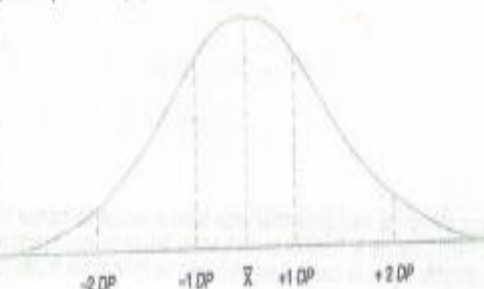
LEGENDA DOS ÍCONES		LEGENDA DA PONTUAÇÃO	
EX	Exploração	5	Quase sempre = 90% ou mais
EV	Esquiva	4	Frequentemente = 75%
SN	Sensibilidade	3	Metade do tempo = 50%
OB	Observação	2	Ocasionalmente = 25%
	Nenhum quadrante	1	Quase nunca = 10% ou menos

Instruções

Transfira cada Total de pontuação bruta das tabelas dos quadrantes para os quadros referentes à Pontuação bruta total do quadrante correspondente. Em seguida, transfira a seção Totais de pontuação bruta do Questionário do cuidador para o quadro referente à Pontuação bruta total correspondente. Ilustre esses totais ao marcar um X na coluna de classificação adequada (p. ex., Menos que outros(as), Mais que outros(as), Exatamente como a maioria dos(as) outros(as)).

A Curva normal e o Sistema de classificação do Perfil Sensorial 2

Pontuações de um desvio padrão ou mais com relação à média são expressas como Mais que outros(as) ou Menos que outros(as), respectivamente. Pontuações de dois desvios padrão ou mais com relação à média são expressas como Muito mais que outros(as) ou Muito menos que outros(as), respectivamente.



		← Menos que outros(as) →			→ Mais que outros(as) →			
		Pontuação bruta total	Faixa de percentil ^a	Muito menos que outros(as)	Menos que outros(as)	Exatamente como a maioria dos(as) outros(as)	Mais que outros(as)	Muito mais que outros(as)
Quatro sentidos	Exploração/ Criança exploradora	/95		0—6	7—19	20—47	48—80	81—95
	Esquiva/Criança que se esquiva	/100		0—7	8—20	21—46	47—59	60—100
	Sensibilidade/ Criança sensível	/95		0—6	7—17	18—42	43—53	54—85
	Observação/ Criança observadora	/110		0—6	7—18	19—43	44—55	56—110
Seção de observação	Auditivo	/40		0—2	3—9	10—24	25—31	32—40
	Visual	/30		0—4	5—8	9—17	18—21	22—30
	Tato	/55		0	1—7	8—21	22—28	29—55
	Movimentos	/40		0—1	2—6	7—18	19—24	25—40
	Posição do corpo	/40		0	1—4	5—15	16—19	20—40
	Oral	/50		**	0—7	8—24	25—32	33—50
Seção de observação	Conduta	/45		0—1	2—8	9—22	23—29	30—45
	Emocional	/70		0—2	3—12	13—31	32—41	42—70
	Atenção	/50		0	1—8	9—24	25—31	32—50

^a Para faixas de percentil, consulte o Anexo A no Manual do usuário para o Perfil Sensorial 2.

** Nenhuma pontuação se encontra disponível para esta faixa.

Definições do quadrante

Exploração/ Criança exploradora	O grau em que uma criança obtém estímulo sensorial. Uma criança com uma pontuação de Muito mais que outros(as) neste padrão busca estímulos sensoriais em uma taxa mais elevada que outros(as).
Esquiva/ Criança que se esquiva	O grau em que uma criança fica incomodada por estímulos sensoriais. Uma criança com uma pontuação de Muito mais que outros(as) neste padrão se afasta de estímulos sensoriais em uma taxa mais elevada que outros(as).
Sensibilidade/ Criança sensível	O grau em que uma criança detecta estímulos sensoriais. Uma criança com uma pontuação de Muito mais que outros(as) neste padrão percebe estímulos sensoriais em uma taxa mais elevada que outros(as).
Observação/ Criança observadora	O grau em que uma criança não percebe estímulos sensoriais. Uma criança com uma pontuação de Muito mais que outros(as) neste padrão não percebe estímulos sensoriais em uma taxa mais elevada que outros(as).

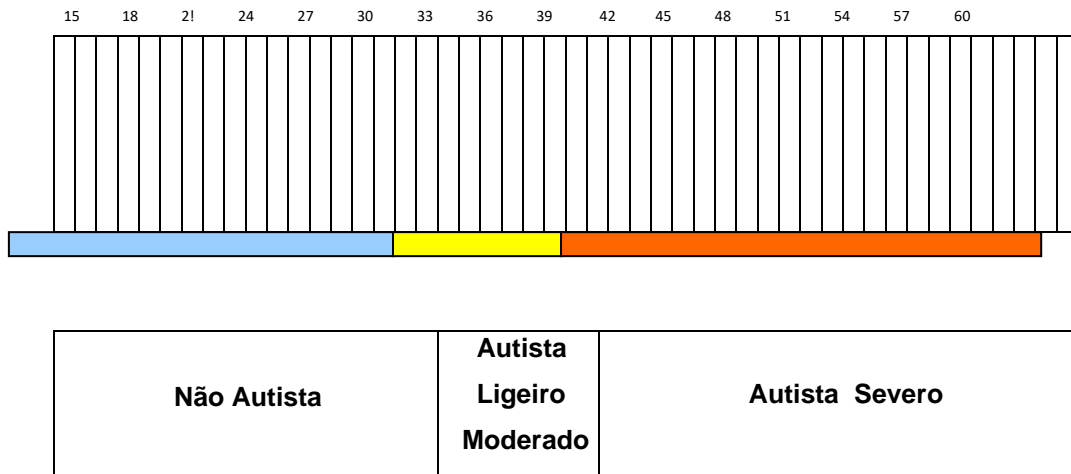
ANEXO B – Escala CARS

C A R S (CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

de: Eric Schopler, Robert J., Reichler e Barbara Rothen Renner
Hospital Pediátrico de Coimbra – Centro de Desenvolvimento da Criança

“Escala comportamental composta por 15 Itens, desenvolvida para identificar crianças com síndrome autista, permitindo ainda uma classificação clínica da sua gravidade desde ligeiro a moderado e severo”.

ESCALA DE AVALIAÇÃO			
DOMÍNIOS		PONTUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
1	Relação com pessoas	1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3 - 5 - 4	
2	Imitação		
3	Resposta emocional		
4	Uso corporal		
5	Uso de objetos		
6	Adaptação à mudança		
7	Resposta visual		
8	Resposta auditiva – ao som		
9	Resposta ao paladar, olfato e tato		
10	Medo ou ansiedade		
11	Comunicação verbal		
12	Comunicação não verbal		
13	Nível de atividade		
14	Nível e consistência da resposta intelectual		
15	Impressão global		
AVALIAÇÃO FINAL			



I – RELAÇÃO COM AS PESSOAS

1- Sem evidência de anomalia ou dificuldade na relação com as pessoas.

Alguma timidez, agitação ou aborrecimento pode ser observada na avaliação, mas não um nível superior do que é esperado para uma criança da mesma idade.

2- Relação ligeiramente anormal.

Evita olhar nos olhos do adulto, evita o adulto ou zanga-se se a interação é forçada, excessivamente tímido, não responde para o adulto como uma criança da sua idade, ou mais ligada aos pais do que é esperado.

3- Relação moderadamente anormal.

A criança mostra-se distante ignorando os adultos e parecendo ausente por momentos. São necessários esforços e persistência para prender a sua atenção. O contato iniciado pela criança e a qualidade é pouco pessoal.

4- Relação severamente anormal.

A criança está distante e desinteressada do que o adulto está a fazer. Quase nunca inicia ou responde ao contato com o adulto. Somente um esforço mais persistente consegue prender a sua atenção.

Observações:

II – IMITAÇÃO

1- Imitação apropriada.

A criança é capaz de imitar sons, palavras e movimentos de forma adequada às suas capacidades.

2- Imitação ligeiramente anormal.

Imita comportamentos simples como bater palmas ou sons simples na maior parte das vezes. Ocasionalmente pode imitar somente depois de muito estimulado ou com algum tempo de atraso.

3- Imitação moderadamente anormal.

Imita só parte do tempo, requerendo uma grande persistência e ajuda do adulto. Pode frequentemente imitar após algum tempo de atraso.

4- Imitação severamente anormal.

Raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com a ajuda do adulto.

Observações:

III – RESPOSTA EMOCIONAL

1- Respostas emocionais adequadas à idade e à situação.

A criança mostra um tipo e um grau de resposta adequada, revelada por alteração na expressão facial, postura e modo/atitude.

2- Resposta emocional ligeiramente anormal.

Ocasionalmente desenvolve um tipo ou grau de reação emocional desajustada. As reações muitas vezes não estão relacionadas com os objetos ou acontecimentos à sua volta.

3- Resposta emocional moderadamente anormal.

Tipo e ou grau de resposta desajustada. Reações muito apagadas ou excessivas e outras vezes não relacionadas com a situação. Pode gritar, rir, sem motivo aparente.

4- Resposta emocional severamente anormal.

Raramente a resposta é adequada á situação; o humor mantém-se independentemente da alteração dos acontecimentos. Por outro lado, pode manifestar diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.

Observações:

IV- MOVIMENTOS DO CORPO

1- Movimento do corpo apropriado à idade.

Move-se com a facilidade, agilidade e coordenação da criança normal na mesma idade.

2- Movimento do corpo ligeiramente anormal.

Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como uma criança desajeitada, movimentos repetitivos, coordenação pobre, ou aparecimento raro de movimentos invulgares referidos no ponto 3.

3- Movimento do corpo moderadamente anormal.

Notados comportamentos nitidamente estranhos e não usuais para esta idade. Pode incluir movimentos finos dos dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, auto - agressão, balanceio, rodopiar, enrolar/entrelaçar de dedos, marcha em bicos de pés.

4- Movimento do corpo severamente anormal.

Movimentos descritos no ponto 3 mais frequentes e intensos. Estes comportamentos persistem, muito embora se proibam e se envolva a criança noutras atividades.

Observações:

V- UTILIZAÇÃO DOS OBJECTOS

1- Interesse e uso apropriados de brinquedos ou objetos.

A criança mostra um interesse normal em objetos ou brinquedos apropriados para o seu nível e usa-os de um modo adequado.

2- Interesse e uso ligeiramente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Pode mostrar menos interesse que o normal num brinquedo ou brincar com ele de modo infantil, como batendo com ele ou levando-o à boca numa idade em que este comportamento já não é aceitável.

3- Interesse e uso moderadamente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Mostra pouco interesse em brinquedos e objetos, ou pode estar preocupado em os utilizar de um modo anómalo e estranho. Pode focar a atenção numa parte insignificante destes ficar fascinado com a reflexão de luz do objeto, mover repetidamente uma parte do objeto em particular ou brincar só com um objeto excluindo os outros. Este comportamento pode ser pelo menos parcial ou temporariamente modificado.

4- Interesse e uso severamente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Comportamento semelhante ao ponto 3 mas de um modo mais frequente e intenso. É muito difícil desligar-se destas atividades uma vez nela embrenhada, sendo muito difícil alterar esta utilização desajustada.

Observações:

VI- ADAPTAÇÃO À MUDANÇA

1- Adaptação à mudança adequada.

Pode reagir à mudança de rotina, mas aceita-a sem stress desajustado.

2- Adaptação à mudança ligeiramente anormal.

Quando o adulto tenta mudar de tarefa está pode querer continuar na mesma tarefa ou usar o mesmo material, mas consegue-se desviar a sua atenção facilmente. Por exemplo, pode-se zangar se é levada a um supermercado diferente ou se fez um percurso diferente da escola, mas acalma-se facilmente.

3- Adaptação à mudança moderadamente anormal.

Resiste ativamente às mudanças de rotina. Quando se pretende alterar uma atividade, tenta manter a anterior, sendo difícil de dissuadir. Por exemplo, insiste em recolocar a mobília que foi mudada. Fica zangada e infeliz quando uma rotina estabelecida é alterada.

4- Adaptação à mudança severamente anormal.

Quando ocorrem mudanças mostra uma reação intensa que é difícil de eliminar. Se a mudança é imposta, fica extremamente zangada, não colaborante respondendo com birras.

Observações:

VII- RESPOSTA VISUAL

1- Resposta visual adequada à idade.

O comportamento visual é normal. A visão é usada em conjunto com os outros sentidos para explorar novos objetos.

2- Resposta visual ligeiramente anormal.

Tem de ser lembrada de tempos a tempos para olhar para os objetos. Pode estar mais interessada em olhar para um espelho ou luzes que uma criança da mesma idade e, ocasionalmente, ficar com olhar ausente. Pode também evitar o contato visual.

3- Resposta visual moderadamente anormal.

Tem de ser lembrada frequentemente para olhar o que está a fazer. Pode ficar com o olhar fixo, ausente, evitar olhar nos olhos das pessoas, olhar para os objetos de um ângulo estranho ou levá-los muito perto dos olhos embora os vendo normalmente.

4- Resposta visual severamente anormal.

Evita constantemente olhar para as pessoas ou certos objetos e pode mostrar formas extremas de peculiaridades visuais descritas acima.

Observações:

VIII- RESPOSTA AO SOM

1- Resposta ao som adequada à idade.

O comportamento auditivo é normal. A audição é utilizada em conjunto com os outros sentidos, como a visão e o tacto.

2- Resposta ao som ligeiramente anormal.

Alguma falta de resposta para alguns sons ou uma resposta ligeiramente exagerada para outros. Por vezes, a resposta ao som pode ser atrasada e os sons podem ocasionalmente necessitar de repetição para prender a atenção da criança. Pode por vezes distrair-se por sons externos.

3- Resposta ao som moderadamente anormal.

A resposta ao som varia muitas vezes. Muitas vezes ignora um som nos primeiros minutos em que é desencadeado. Pode assustar-se por sons do dia-a-dia tapando os ouvidos quando os ouve.

4- Resposta ao som severamente anormal.

A criança hiper ou hiporeage de um modo externo independentemente do tipo de som.

Observações:

IX - RESPOSTAS AO PALADAR, OLFACTO E TACTO

1- Resposta normal ao paladar, olfato e tacto.

Explora objetos novos de um modo apropriado à idade tocando-lhes e observando-os. O paladar e o olfato podem ser utilizados quando apropriado como nos casos em que o objeto é parecido com algo que se come. Reagem a estímulos dolorosos menores do dia-a-dia decorrentes de quedas, pancadas e beliscões, expressando desconforto, mas não de um modo excessivo.

2- Uso e resposta ligeiramente anormal do paladar, olfato e tacto.

Persiste em levar objetos à boca, mesmo quando as crianças da sua idade já ultrapassaram essa fase. Pode por vezes cheirar ou tomar o gosto de objetos não comestíveis. Pode ignorar ou reagir excessivamente a um beliscão ou estímulo doloroso ligeiro, que a criança normal expressa apenas como ligeiro desconforto.

3- Uso e resposta moderadamente anormal do paladar, olfato e tacto.

Pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou saborear objetos ou pessoas. Pode mostrar uma reacção moderadamente anormal à dor reagindo muito ou pouco.

4- Uso e resposta severamente anormal do paladar, olfato e tacto.

Mostra-se preocupada em cheirar, saborear ou tocar objetos mais pela sensação do que pela expressão ou uso normal do objeto. Pode ignorar completamente a dor ou reagir fortemente a algo que apenas motiva desconforto ligeiro.

Observações:

X - MEDO OU ANSIEDADE

1- Medo ou ansiedade normais.

O comportamento da criança é adequado à idade e à situação.

2- Medo ou ansiedade ligeiramente anormal.

Revela ocasionalmente medo ou ansiedade que é ligeiramente desajustada,

3- Medo ou ansiedade moderadamente anormal.

A resposta de mesmo desencadeada é excessiva ou inferior ao esperado em idêntica situação mesmo por uma criança mais nova. Pode ser difícil de entender o que a desencadeou sendo também difícil de a confortar.

4- Medo ou ansiedade severamente anormal.

Os medos persistem mesmo após repetidas experiências com situações ou objetos desprovidos de perigo. Pode parecer amedrontada durante toda a consulta sem qualquer motivo. Pelo contrário pode não mostrar qualquer receio a situações como cães desconhecidos ou tráfego, que crianças da mesma idade evitam.

Observações:

XI - COMUNICAÇÃO VERBAL

1- Normal em relação com a idade e situação.

2- Comunicação verbal ligeiramente anormal.

Atraso global da linguagem. Muita linguagem tem sentido. Contudo, ecolalias e troca de pronomes ocorrem ocasionalmente quando já ultrapassada a idade e quem isso normalmente ocorre. Muito ocasionalmente são utilizadas palavras peculiares e jargões

3- Comunicação verbal moderadamente anormal.

A linguagem pode estar ausente. Se presente, pode ser uma mistura de alguma linguagem com sentido e outra peculiar como o jargão, ecolalia a troca de pronomes. Alguns exemplos incluem repetição sem fins comunicativos, de reclames de TV, reportagens do tempo e jogos. Quando é

utilizada linguagem com sentido pode incluir peculiaridades como questões frequentes ou preocupação com tópicos particulares.

4- Comunicação verbal severamente anormal.

Não é utilizada linguagem com sentido. Em vez disso pode ter gritos, sons esquisitos ou parecidos com animais ou barulhos complexos simulando linguagem. Pode mostrar uso persistente e bizarro de palavras ou frases reconhecíveis.

Observações:

XII - COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

1- De forma adequada à idade e situação.

2- Uso ligeiramente anormal da comunicação não verbal.

A comunicação não verbal utilizada é imatura. Pode apontar, por exemplo, vagamente para o que pretende, em situações em que uma criança normal da mesma idade aponta mais especificamente.

3- Uso moderadamente anormal da comunicação não verbal.

É geralmente incapaz de exprimir as suas necessidades ou desejos de um modo não verbal, e é geralmente incapaz de entender a comunicação não verbal dos outros. Pode levar o adulto pela mão ao objeto desejado, mas é incapaz de exprimir o seu desejo por gesto ou apontando.

4- Uso severamente anormal da comunicação não verbal.

Usa somente gestos peculiares e bizarros sem significado aparente e não parece compreender o significado dos gestos e expressões faciais dos outros.

Observações:

XIII – NÍVEL DE ATIVIDADE

1- Normal em relação com a idade e circunstâncias.

A criança não é nem mais nem menos ativa do que uma criança normal, da mesma idade, e nas mesmas circunstâncias.

2- Nível de atividade ligeiramente anormal

Pode ser ligeiramente irrequieta ou lenta. O nível de atividade desta só interfere ligeiramente com a sua realização. Geralmente é possível encorajar a criança a manter o nível de atividade adequado.

3- Nível de atividade moderadamente anormal

Pode ser muito ativa e muito difícil de conter. À noite parece ter uma energia ilimitada e não ir rapidamente para a cama. Pelo contrário, pode ser uma criança completamente letárgica, sendo necessário um grande esforço para a fazer mobilizar. Podem não gostar de jogos que envolvam atividade física parecendo muito preguiçosos.

4- Nível de atividade severamente anormal

Mostra-se extremamente ativa ou inativa, podendo transitar de um extremo para outro. Pode ser muito difícil orientar a criança. A hiperatividade quando presente ocorre virtualmente em todos os aspectos da vida da criança, sendo necessário um controle constante por parte do adulto. Se é

letárgica é extremamente difícil despertá-la para alguma atividade e o encorajamento do adulto é necessário para que inicie a aprendizagem ou execute alguma tarefa.

Observações:

XIV - NÍVEL E CONSISTÊNCIA DA RESPOSTA INTELECTUAL

1- Inteligência normal e razoavelmente consistente nas diferentes áreas.

Tem uma inteligência superior às outras da sua idade e não apresenta uma incapacidade invulgar ou outro problema.

2- Função intelectual ligeiramente anormal

Não é tão desperta como as da sua idade e as suas capacidades parecem do mesmo modo atrasadas em todas as áreas.

3- Função intelectual moderadamente anormal

No global a criança não é tão esperta como as da sua idade; contudo em uma ou mais áreas pode funcionar próximo do normal.

4- Função intelectual severamente anormal

Enquanto a criança não é tão esperta como as outras da sua idade, pode funcionar melhor que uma criança da sua idade em uma ou mais áreas. Pode ter capacidades invulgares como talento especial para a música, arte ou facilidade particular com os números.

Observações:

XV - IMPRESSÃO GLOBAL

1- Sem autismo

A criança não mostra qualquer sintoma característico do autismo.

2- Autismo ligeiro

A criança revela poucos sintomas ou somente um grau ligeiro de autismo.

3- Autismo moderado

A criança mostra alguns sintomas ou um grau moderado de autismo.

4- Autismo severo

A criança revela muitos sintomas ou um grau extremo de autismo.

ANEXO C – Questionário de qualidade de vida SF - 36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2
--	----------	----------

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

pe soa nervosa?						
c) Quanto tempo voc tem se sentido t deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo voc tem se sentido calmo ou tranq ilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo voc tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo voc tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo voc tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo voc tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo voc tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as **últimas 4 semanas**, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5

c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D – Aprovação do comitê de ética e pesquisa

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL SENSORIAL DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA FREQUENTADORES DA ASSOCIAÇÃO AQUARELA PRÓ AUTISTA DE ERECHIM

Pesquisador: Karine Angélica Malysz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93258218.0.0000.5351

Instituição Proponente: Universidade Reg. Int. do Alto do Uruguai e das Missões - URI - Campus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.953.458

Apresentação do Projeto:

Projeto de TCC de Fisioterapia, a ser desenvolvido na Associação Aquarela Pró-Autista de Erechim, com pais ou responsáveis de crianças com autismo, com idade entre 3 a 14 anos. A população será composta por pais ou responsáveis de crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), tendo uma amostra de 20 pais (pai ou mãe) ou responsáveis, residentes no município de Erechim – RS, e cujas crianças frequentem a Associação. O estudo é justificado, uma vez que o TEA é uma síndrome de origem desconhecida que se inicia na infância, e que é caracterizada por sinais e sintomas muito específicos, tais como dificuldade em se socializar, atraso ou ausência de aquisição da fala, movimentos repetitivos e estereotipados sem finalidade conhecida, e principalmente por uma desordem no processamento sensorial, que afeta os pacientes e seus cuidadores.

Estudo transversal, descritivo-qualitativo e com abordagem qualitativa e prevê, após a autorização da presidente da Associação, o contato com os pais/responsáveis para explicação da proposta e obtenção de consentimento. Aos que consentirem, em data pré-agendada, serão entrevistados individualmente, por meio de 3 escalas: Sensory Profile (Winnie Dunn) para avaliação do perfil sensorial; Childhood Autism Rating Scale (CARS) para avaliação do grau de severidade e SF-36 para avaliação da qualidade de vida. A entrevista está estimada em 1h de duração. Logo após o término das entrevistas, será solicitado os prontuários dos indivíduos frequentadores, para a coleta de

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1
 Bairro: Centro CEP: 99.709-910
 UF: RS Município: ERECHIM
 Telefone: (54)3520-9000 Fax: (54)3520-9090 E-mail: eticacomite@uri.com.br

Continuação do Parecer: 2.853.458

dados específicos para a caracterização do perfil da população a ser estudada. Os dados coletados seguem análise descritiva simples para média e desvio padrão. Os resultados obtidos para o Perfil Sensorial de Dunn será exposto através de maneira qualitativa, sendo comentado cada item da avaliação. O cronograma prevê a coleta de dados no período entre 29 de outubro a 25 de dezembro de 2018, com defesa pública para novembro de 2019. O orçamento está estimado em R\$ 380,00, despesas de custeio a serem custeadas pelos próprios

PROBLEMA:

As alterações sensoriais e a gravidade interferem na qualidade de vida dos pais ou responsáveis dos indivíduos frequentadores da Associação Aquarela pró-autista de Erechim?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Serão incluídos no presente estudo, pais ou responsáveis que tenham crianças com diagnóstico clínico de TEA, frequentem a Associação Aquarela Pró – Autista, com idade entre 03 e 14 anos, que apresentem os prontuários completos, cujos pais ou responsáveis compareçam à reunião de apresentação, e que concordem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entregue neste dia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Serão excluídas dessa amostra aqueles com idade inferior aos 03 anos e superior aos 14 anos, que não tenham os prontuários completos, cujos pais ou responsáveis não compareçam na reunião de apresentação do estudo, ou que não compareçam em alguma das etapas da pesquisa, assim como os que não concordem com algum item do TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Conhecer o perfil sensorial dos indivíduos com transtorno do espectro autista atendidos na associação Aquarela de Erechim.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever o perfil dos pacientes atendidos na Associação Aquarela de Erechim.

Avaliar o grau de severidade do TEA dos pacientes atendidos na Associação Aquarela de Erechim.

Avaliar a qualidade de vida dos pais ou responsáveis dos indivíduos frequentadores da Associação Aquarela de Erechim.

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1
 Bairro: Centro CEP: 99.709-910
 UF: RS Município: ERECHIM
 Telefone: (54)3520-9000 Fax: (54)3520-9090 E-mail: eticacomte@uri.com.br

Continuação do Parecer: 2.953.458

Propor a implantação de uma sala de integração sensorial que auxiliará no tratamento dos indivíduos frequentadores da Associação Aquarela de Erechim.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As autoras apontam como possibilidade de desconforto o tempo despendido para o preenchimento dos questionários, para o qual serão tomadas medidas para sua redução, como tentar ser o mais breve e objetivo possível durante as entrevistas. E como benefício: "durante a execução do projeto será possível ter conhecimento das principais alterações sensoriais e perante isso será possível a indicação de terapias mais apropriadas, entre elas a integração sensorial, sendo este o benefício desta pesquisa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de trabalho de conclusão de curso de Fisioterapia, submetido à Grande Área de Conhecimento(CNPq): Ciências da Saúde, tendo como propósito principal do estudo (OMS), Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As autoras apresentam:

- TCLE aos responsáveis
- TCUD à Associação Aquarela Pró-Autista
- Termo de Autorização à responsável pela Associação Pró-Autista

Além destes, os instrumentos de pesquisa a serem aplicados, a saber:

- Escala do Perfil Sensorial (Versão Abreviada) de Winnie Dunn
- Childhood Autism Rating Scale (CARS), de: Eric Schopler, Robert J., Reichler e Barbara Rochen Renner - Hospital Pediátrico de Coimbra – Centro de Desenvolvimento da Criança
- Questionário de Qualidade de Vida SF-36, versão Brasileira

Recomendações:

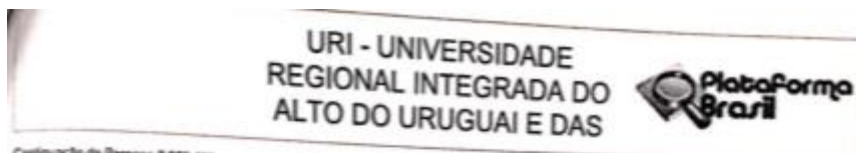
Recomenda-se a inclusão do termo TEA no problema a ser investigado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de TCC de Fisioterapia, aprovado, por atender as considerações éticas emitidas em parecer anterior, Recomenda-se atentar ao que consta no item RECOMENDAÇÕES.



Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621, prédio 12, sala 12.31.1
Bairro: Centro CEP: 99.700-910
UF: RS Município: ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 Fax: (54)3520-9090 E-mail: eticacomite@uri.com.br



Continuação do Parecer: 2.953.458

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está apto a ser executado. Tendo em vista a legislação vigente, deve ser encaminhado ao CEP URI/Plataforma Brasil o relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação, via recurso da EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1167578.pdf	18/09/2018 22:09:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	18/09/2018 22:08:04	Karine Angélica Malysz	Aceito
Outros	anexoa.pdf	18/09/2018 21:32:09	Karine Angélica Malysz	Aceito
Outros	apendiceb.doc	06/07/2018 19:27:30	Karine Angélica Malysz	Aceito
Outros	apendicea.docx	06/07/2018 19:27:10	Karine Angélica Malysz	Aceito
Outros	anexoc.doc	06/07/2018 19:26:55	Karine Angélica Malysz	Aceito
Outros	anexob.doc	06/07/2018 19:26:37	Karine Angélica Malysz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	06/07/2018 19:25:37	Karine Angélica Malysz	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	06/07/2018 19:25:14	Karine Angélica Malysz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Seta de Setebrs, 1621, prédio 12, sala 12.31.1
 Bairro: Centro CEP: 98.708-910
 UF: RS Município: ERECHIM
 Telefone: (54)3525-9000 Fax: (54)3525-9090 E-mail: etico@uri.com.br

URI - UNIVERSIDADE
REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO DO URUGUAI E DAS



Continuação do Parecer: 2.953.458

ERECHIM, 10 de Outubro de 2018

Assinado por:
CLAODOMIR ANTONIO MARTINAZZO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Sete de Setembro, 1621 prédio 12, sala 12.31.1
Bairro: Centro CEP: 99.709-910
UF: RS Município: ERECHIM
Telefone: (54)3520-9000 Fax: (54)3520-9090 E-mail: eticacomite@uri.com.br

Página 01 de 01