

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Escola Superior de Educação Física
Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Dissertação



**Percepção dos pais sobre o estilo de vida de escolares com Transtorno
do Espectro Autista da cidade de Pelotas/RS**

Bianca Pagel Ramson

Pelotas, 2020

Bianca Pagel Ramson

Percepção dos pais sobre o estilo de vida de escolares com Transtorno do Espectro Autista da cidade de Pelotas/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques

Pelotas, 2020

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas

Catálogo na Publicação

R178p Ramson, Bianca Pagel

Percepção dos pais sobre o estilo de vida de escolares com transtorno do espectro autista da cidade de pelotas/rs.
Bianca Pagel Ramson; Alexandre Carricone Marques, orientadora. — Pelotas, 2020.

74 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2020.

1. Estilo de vida. 2. Escolares. 3. Transtorno do espectro autista. I. Marques, Alexandre Carricone, orient. II. Título.

CDD : 796

Elaborada por Daiane de Almeida Schramm CRB: 10/1881

Bianca Pagel Ramson

**Percepção sobre o estilo de vida de escolares com Transtorno do Espectro
Autista da cidade de Pelotas/RS**

**Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre
em educação física, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola
Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas.**

Data da Defesa: 28 de setembro de 2020.

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques (Orientador)

**Doutor em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio
Grande do Sul**

.....
Prof. Dra. Bruna Seron

Doutora em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina

.....
Prof. Dr. Gabriel Gustavo Bergmann

**Doutor em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio
Grande do Sul**

Dedico este trabalho à todos aqueles, que nos ensinam a ser corajosos,
enquanto a vida ensina a ser forte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar viver uma vida incrível, da qual eu me orgulho e busco incessantemente ser melhor a cada dia.

Agradeço a Universidade Federal de Pelotas por ser uma universidade pública, gratuita e de qualidade. Que proporciona a todos os seus setores engajamento com a educação promissora que o país necessita. Agradeço a Escola Superior de Educação Física e ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, representados aqui, por todos funcionários e colegas a qual contribuíram cordialmente para minha formação pessoal e universitária. Instituição que, através dos professores, me acolheu durante seis anos de formação e contribuiu para toda aprendizagem acadêmica que adquiri.

Agradeço ao meu orientador Alexandre Carriconde Marques, que ao longo da minha trajetória acadêmica proporcionou momentos de reflexão, descobertas e aprendizagens. Que fora da sala de aula, motivou e desafiou a trabalhar com pessoas com todos os tipos de deficiência, especialmente Síndrome de Down, através do projeto Carinho. Agradeço principalmente pelas orientações, ensinamentos e incentivo a buscar conhecimento e formação, que soube direcionar e repassar todo seu conhecimento e entusiasmo em trabalhar na área da educação física adaptada. Agradeço, pela amizade que construímos, pois são as amizades que nos mantem unidos quando as ideias não concordam.

Agradeço com todo meu amor, a minha família que sempre foi minha base de valores, confiança e esperança. Que me motivou quando desanimei e quando pretendia desistir, quando me deram colo nos momentos de aplicação e que comemoraram a cada conquista, que orgulharam-se diante as participações acadêmicas, que souberam compreender minha ausência durante dias e noites. De forma muito especial nomeio a cada um que contribuiu com seu amor e tempo, diante tudo que enfrentei.

Mãe Rutilara, obrigada pela força que transmitiu, pela força e garra que me motivou constantemente em dias difíceis, obrigada pelas palavras de carinho e consolo quando eu não acreditei em mim mesma. Obrigada por ter sido em quem eu sempre me inspirei como pessoa e como profissional, alguém que sempre se manteve ética e competente. Obrigada por me amar com zelo e cuidado. Te dedico, minha carreira profissional a ti.

Pai Edson, obrigada por me ensinar a pensar de outras formas e insistir que vamos mudar de opinião ao longo da vida, que nossas verdades não são absolutas e que precisamos sempre saber explicar a mesma coisa várias vezes. Obrigada por sempre me motivar a pensar além do que sempre fiz, pensar em uma vida longa e com garantias. Obrigada por me ensinar a amar com intenções. Te dedico, a minha mudança pessoal a ti.

Mana Kamila, obrigada por me ensinar a ter calma com as adversidades, obrigada por sempre ser a companheira que tenho ao lado em todas as situações, mostrando que podemos ter trabalho e lazer no mesmo tempo. Aos momentos em que fomos confidentes e conselheiras, eles serão eternizados. Que durante os dias que nem tudo era como queríamos, buscamos força uma na outra e que sempre buscamos analisar tudo sob uma perspectiva de positividade de que sempre daria certo. Te dedico, meu cuidado com cada detalhe a ti.

Mana Luisa, obrigada por nunca deixar esquecer como um sorriso pode mudar o dia de alguém. Obrigada por sempre ter esse espírito de como é voltar a ser criança e ter uma vida pela frente, a não me deixar esquecer aquela “Bianca” da infância, a me fazer refletir onde estive para onde desejo ir, obrigada pelo carinho todas as vezes que precisei conversar com alguém tão parecida comigo, inconscientemente. Te dedico, a minha motivação a ti.

Lorena, minha amiga da graduação pra vida toda, aquela que me inspira como mulher e como pesquisadora. Que sempre teve certeza das suas convicções e que sempre me incentivou a ser feliz, acima de tudo, que respeitou cada decisão e me fez refletir sobre cada uma delas. Que foi companheira pra fugir de quero-queros e até passar noites na labuta, fossem elas sobre cuidado ou mudar de opiniões. Te dedico, minha pluralidade de conceitos.

Cíntia, minha amiga do mestrado pra vida toda, aquela que me ensinou a olhar para mim mesma com cuidado e carinho. Que através do teu afago me ensinou a pensar sobre todos como “pessoas” seres com corpo, mente e sentimentos, e que me ensinou principalmente sobre respeito. Foi a partir das inúmeras lágrimas e conversas que buscamos ser diferentes a cada dia, e aceitar os ciclos, que descobriu que o meu lado pisciana é o que domina em todas as áreas da minha vida. Te dedico, o meu respeito pela vida.

Jennifer, amiga de fé que sempre me cuidou através da palavra de Deus, que compartilha de doutrina cristã e que sempre me ensinou a olhar com os olhos de Cristo, a todas as situações e pessoas. Tua ajuda e dedicação me mostraram que existem muitas pessoas dispostas a fazer o bem. A determinação e proatividade mostraram a garra em que se vence a vida. As inúmeras “ajudas” em metodologia e estatística fizeram que eu progredisse pessoal e profissionalmente, pois teu caráter me ensinou a sempre fazer o bem! Te dedico as minhas orações.

Naiélen, carinhosamente conhecida como “bonitinha” e que de fato é, pois tua alma é linda, teu espírito é incrível, pois tua energia positiva contagia a todos ao teu redor, todos percebem a leveza em que tu conduz a vida! Obrigada pelos inúmeros ensaios juntas, por toda nossa parceria na saída deles e por todos os planos acadêmicos que ainda não saíram do papel, mas que estarão como uma lembrança de como buscamos produzir. Teu jeito meigo me fez perceber que não deve ser tão rígido, que a cautela é promissora e que um abraço melhora tudo. Te dedico a minha espiritualidade.

Sebastião, tua determinação em meio ao caos me fez refletir o quão fortes podemos ser, e o quanto devemos acreditar ainda mais em quem realmente somos, que mesmo que coloquem nosso valor a prova, sabemos de onde viemos e para onde queremos ir. Obrigada por ter atendido todos os telefones de ansiedade nas madrugadas e por todas as vezes que chorei achando que não daria certo e tu me motivou. Te dedico a minha intensidade com a vida.

A todos meus alunos, agradeço a vocês pela oportunidade que tive de construir a professora Bianca, de pôr em prática os ideais que acredito para a educação e para o mundo, por serem o abraço de carinho todos os dias, e serem por quem busco ainda acreditar que a educação muda a realidade.

Agradeço ainda, todos aqueles amigos e familiares que não participaram efetivamente desse processo, mas que dedicaram um pouco do seu ser para que eu pudesse aprender a valorizar e compreender mais as pessoas que dedicam seu tempo onde está o seu amor: amor pela vida, pela profissão e por suas convicções.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RAMSON, Bianca Pagel. **Percepção sobre o estilo de vida de escolares com Transtorno do Espectro Autista da cidade de Pelotas/RS.** 2020. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Resumo

Introdução: Crianças e jovens com Transtorno do Espectro Autista cada vez mais tem chegado às escolas regulares.

Objetivo: Descrever o estilo de vida de crianças e adolescentes com TEA da cidade de Pelotas/RS.

Método: Este estudo caracteriza-se como estudo epidemiológico transversal. A seleção da amostra foi realizada de forma não probabilística intencional, composta por escolares com TEA da cidade de Pelotas/RS. O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo foi um questionário respondido pelos pais ou responsáveis das crianças e adolescentes com TEA. O questionário baseou-se em outros instrumentos existentes, já validados e empregados em diversos outros estudos, que avaliou estilo de vida.

Resultados: Os principais resultados indicam que as crianças e adolescentes são diagnosticadas nos primeiros anos de vida e em sua maioria com nível leve do transtorno. Possuem um estilo de vida inativo e sedentário e com atividades passivas no lazer, com dificuldades de realização nas atividades de vida diária, e quase metade da amostra não apresenta problemas na qualidade do sono, mas apresentam altos níveis de alfabetização e níveis antropométricos de sobrepeso e obesidade nos meninos.

Conclusão: A percepção dos pais sobre o estilo de vida de crianças e adolescentes com TEA é de que os filhos tem uma maior participação nas escolas regulares, e como consequência melhores níveis de alfabetização, entretanto com uma vida sedentária e dificuldades nas atividades de vida diária. É necessário aumentar a participação efetiva destes indivíduos nas aulas de educação física a fim de melhorar os níveis de atividade física.

Palavras-chave: estilo de vida; escolares; Transtorno do Espectro Autista.

RAMSON, Bianca Pagel. **Perception of the lifestyle of students of Autistic Spectrum Disorder in the city of Pelotas / RS** .2020. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Abstract

Introduction: Children and young people with Autism Spectrum Disorder increasingly coming to regular schools.

Objective: To describe the lifestyle of children and adolescents with ASD in the city of Pelotas / RS.

Method: This study consists of an epidemiological cross-sectional study. The selection of the sample was carried out in an intentional non-probabilistic manner, consisting of classes with T from the city of Pelotas / RS. The data collection instrument used in this study was a questionnaire answered by parents or guardians of children and adolescents with ASD. The questionnaire is based on other existing instruments, already validated and used in several other studies, which assess lifestyle.

Results: The main proven results that children and adolescents are diagnosed mostly with a mild level of disorder, diagnosed in the first years of life. Have a sedentary lifestyle and passive activities without leisure, with difficulties to perform activities of daily living, and almost half of the sample has no problems with sleep quality, but has high literacy levels and anthropometric levels of overweight and obesity in boys.

Conclusion: Parents' perception of the lifestyle of children and adolescents with ASD is that their children has a greater participation in regular schools, and as a consequence, better levels of literacy, however, with a sedentary life and difficulties in activities of daily living . It is necessary to increase the participation of these individuals in physical education classes and to improve levels of physical activity.

Palavras-chave: lifestyle; schoolchildren; Autism Spectrum Disorder.

Lista de Figuras

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Nível de independência de acordo com a atividade de vida diária crianças e adolescentes com TEA da cidade de Pelotas/ RS | 42 |
| Figura 2 | Identidade visual da pesquisa | 73 |

Lista de Tabelas

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Níveis de gravidade do TEA | 19 |
| Tabela 2 | Grau de instrução do chefe da família e renda familiar de escolares com TEA da cidade de Pelotas. | 36 |
| Tabela 3 | Características sociodemográficas de crianças e adolescentes com TEA matriculados na cidade Pelotas/RS | 37 |
| Tabela 4 | Frequência de comportamentos repetitivos, posturas diferentes, mudança de rotina e criatividade de escolares com TEA de Pelotas/RS | 38 |
| Tabela 5 | Índice de massa corporal (IMC) por sexo de crianças e adolescentes com TEA da cidade de Pelotas/ RS. | 39 |
| Tabela 6 | Percepção dos pais sobre a saúde de crianças e adolescentes com TEA da cidade de Pelotas/RS em 2020. | 39 |
| Tabela 7 | Comportamentos no período de sono de crianças e adolescentes com TEA | 41 |
| Tabela 8 | Resultados das associações entre as AVDs com saber ler e escrever e nível do TEA | 43 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|-------------|---|
| AVD's | Atividade de Vida Diária |
| A.H. e S.P. | Altas Habilidades e Superdotação |
| AF | Atividade Física |
| CAPTA | Centro de Apoio Tecnologias e Tecnologias para Aprendizagem |
| DCNT's | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| ESEF | Escola Superior de Educação Física |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| NEAFA | Núcleo de Estudos em Atividade Física Adaptada |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SD | Síndrome de Down |
| SMED | Secretaria Municipal de Educação e Desporto |
| TEA | Transtorno do Espectro Autista |
| TTT | Tempo Total de Tela |
| UFPel | Universidade Federal de Pelotas |

Sumário

| | | |
|------------|---|----|
| 1. | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2. | OBJETIVOS | 17 |
| | 2.1. Objetivo Geral | 17 |
| | 2.2. Objetivos Específicos | 17 |
| 3. | JUSTIFICATIVA | 17 |
| 4. | REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| | 4.1. Transtorno do Espectro Autista | 18 |
| | 4.2 Estilo de vida | 20 |
| | 4.2.1 Variáveis do Estilo de Vida | 21 |
| | 4.2.1.1 Atividade Física | 21 |
| | 4. 2.1.2 Atividade Sedentária e Tempo de Tela | 23 |
| | 4. 2.1.3 Percepção de Saúde | 24 |
| | 4. 2.1.4 Qualidade do Sono | 26 |
| | 4. 2.1.5 Atividades de Vida Diária | 27 |
| | 4.3. Estilo de Vida no Transtorno do Espectro Autista | 28 |
| | 4.3.1 Processo Inclusivo | 29 |
| 5. | MATERIAIS E MÉTODOS | 32 |
| | 5.1 Delineamento do estudo | 32 |
| | 5.2 População e amostra | 32 |
| | 5.3 Instrumentos | 33 |
| | 5.4 Procedimentos para coleta de dados | 34 |
| | 5.5 Coleta de Dados | 34 |
| | 5.6 Análise Estatística | 35 |
| | 5.7 Limitações | 35 |
| | 5.8 Divulgação dos resultados | 36 |
| 6. | RESULTADOS | 36 |
| 7. | DISCUSSÃO | 43 |
| 8. | CONCLUSÃO | 50 |
| 9. | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |
| 10. | ANEXOS | 65 |
| | ANEXO 1. Termo De Consentimento Livre e Esclarecido | 66 |
| | ANEXO 2. Termo de Assentimento | 67 |
| | ANEXO 3 Instrumento da pesquisa | 78 |
| | ANEXO 4 Identidade visual da pesquisa | 73 |

1. Introdução

As modificações no comportamento humano, ao longo dos anos, implicaram em mudanças no seu estilo de vida (EV). Influências e preferências culturais, sociais e pessoais determinam facilitadores e barreiras para a adoção de um EV ativo e saudável (NAHAS, 2017).

Nesse sentido, o empoderamento para a aquisição de comportamentos saudáveis, que criem ações para mudanças de EV, passa a estar engajada com as políticas públicas de saúde e educação.

Atribuir a mudança de EV somente ao sujeito é negligenciar o espaço em que ele está inserido, pois além do conhecimento da mudança, é necessário viabilizar oportunidades para uma vida saudável. Compreender a pluralidade de estilos de vida e compreender a sociedade em que se está inserido, são fatores determinantes na busca de uma vida melhor e mais saudável (NAHAS, 2017).

As mudanças de EV também são importantes para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) (HAX, 2012). Os indivíduos com TEA são caracterizados principalmente pelo déficit na comunicação, na interação social e nos padrões comportamentais (HAX,2012; SILVA; MULICK, 2009).

As causas do TEA ainda são desconhecidas, mas especula-se que possa estar associada a fatores genéticos, ambientais e fatos ocorridos durante o momento do parto. Já houve uma melhora significativa no diagnóstico do TEA, porém, pela falta de exames clínicos para a confirmação deste, a análise e a avaliação ainda são subjetivas (MARQUES; MARQUES; MAIA, 2020).

A melhoria nos procedimentos de diagnóstico tem elevado a prevalência dos casos de TEA, pois com diagnósticos mais precisos é possível iniciarem-se os atendimentos específicos voltados a minimizar os prejuízos causados pelo transtorno, com o apoio e suporte à família

Em decorrência do próprio transtorno, a criança pode apresentar maior ou menor nível de severidade, que de acordo com o DSM-V (2013), classifica-se em leve, moderado e severo. Dependendo do nível de TEA será possível determinar as atividades que serão desenvolvidas pela criança, a fim de oportunizar uma melhor independência e autonomia na realização das suas atividades de vida diária (AVDs) (SILVA; ROCHA; FREITAS, 2018).

Para proporcionar um EV saudável às crianças e adolescentes com TEA, é preciso compreender quais atendimentos são buscados pela família. Considerando que o nível de TEA influencia na sua rotina diária e na dependência familiar, é necessário melhorar o suporte no ambiente em que vive (escola e família), trabalhando a comunicação e a execução das atividades (COSSIO; PEREIRA; RODRIGUEZ, 2017).

O EV das pessoas com TEA poderá ser prejudicado pelas características básicas deste transtorno, bem como as questões voltadas às relações sociais. O fator relação social é muito importante para uma boa qualidade de vida e, a falta desse elemento, além dificultar a participação do indivíduo em diversas atividades, pode acarretar em falta de iniciativa, tendência ao isolamento e, pouca ou nenhuma comunicação. Logo, a escolha de algum tipo de atividade pode ser difícil, e cabe, então, à família e aos professores a tarefa de ofertar atividades que sejam mais adequadas e estimulantes (HAX, 2012).

No ambiente familiar acontecem mudanças e incentivos que melhoram o desenvolvimento das características específicas de crianças e adolescentes com TEA, refletindo em seu EV, todavia a escola tem um papel fundamental no desenvolvimento global destes indivíduos

A participação efetiva das crianças e adolescentes com TEA nas atividades escolares, pode ter uma ligação positiva nos aspectos do EV, não apenas no aspecto pedagógico, mas também na melhoria da sua interação social (GONÇALVES *et al.*, 2019). Além disso, a participação nas aulas de educação física pode colaborar nos aspectos de aptidão física e habilidades motoras, que poderão ter consequências positivas em aspectos do EV, tais como: qualidade de sono, redução de estereotípias, AVDs e diminuição de tempo sedentário (KRÜGER, 2019).

A escola é um ambiente fundamental para enriquecer as experiências sociais das crianças com TEA, pois nesse espaço as crianças têm oportunidades para interagir entre seus pares, contribuindo para novas aprendizagens de comportamento (DA SILVA; NUNES; SOBRAL, 2019).

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) determina que os alunos com deficiência, transtornos e altas habilidades, devem estar incluídos na rede regular de ensino e, além disso, devem receber atendimento educacional especializado (AEE) no turno inverso.

A partir dessa política houve um aumento considerável de crianças com TEA nas escolas. Isso pôde ser observado pelos dados do Censo Escolar do Ministério da Educação, que em 2006 apresentava 2.204 alunos com diagnóstico de TEA matriculados nas escolas regulares enquanto que em 2018 já haviam 105.842 alunos matriculados (TENENTE, 2018).

Nesse sentido, dentre os norteadores que compõem o EV, a AF e sua prática regular apresentam benefícios associados a melhoria na interação social e redução de estereótipos para indivíduos com TEA, contudo, ao verificar os níveis da prática em escolares, os índices ainda são insatisfatórios, o que pode estar associado aos baixos níveis de adesão prática, à ausência de oportunidades ou ao sentimento de incapacidade advindo dos profissionais que trabalham na área (HAX, 2012; MEMARI; *et al.*, 2013; GARCIAS, 2019).

Na perspectiva de atuação nas diferentes etapas da vida, a escola auxilia no fornecimento de informações referentes ao desenvolvimento de pessoas com TEA, pois possibilita e fortalece ações voltadas ao autogerenciamento, autonomia, socialização, vivências de pessoas com TEA, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas e um campo fértil de pesquisa (SOUZA, 2012; CARITA; CARVALHO, 2017).

Nahas (2017), descreve que as oportunidades e atitudes dos indivíduos, associados ao seu ambiente, determinam ações para um melhor EV. Uma melhor condição para que crianças e adolescentes tenham um EV ativo, passa pela percepção dos pais ou responsáveis no ambiente familiar e da contribuição dos professores no ambiente escolar.

Nesse sentido, esse trabalho busca descrever sob a percepção dos familiares ou responsáveis, como é o EV de crianças e adolescentes com TEA que frequentam as escolas regulares da cidade de Pelotas RS.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Descrever o estilo de vida de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista matriculados na rede de ensino básica da cidade de Pelotas/RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear e identificar os escolares com TEA da cidade de Pelotas/RS.
- Descrever as características sociodemográficas e de saúde dos escolares com TEA da cidade de Pelotas/RS.
- Verificar o estilo de vida (variáveis: nível de AF no tempo livre, hábitos de sono, atividades no tempo livre, atividades sedentárias e atividades de vida diária) de escolares com TEA de Pelotas/RS.
- Descrever as características de atendimento educacional (série, nível de alfabetização, tipo de escola, sala de recursos e atendimento especializado) dos escolares com TEA da cidade de Pelotas/RS.
- Identificar na visão dos pais ou responsáveis, a percepção de saúde (física e emocional) dos escolares com TEA da cidade de Pelotas/RS.
- Identificar se existem associações entre estilo de vida e as variáveis demográficas, variáveis do TEA, variáveis educacionais (alfabetização, atendimento educacional especializado), variáveis de AVDs e variáveis de saúde dos escolares com TEA da cidade de Pelotas/RS.

3. Justificativa

A presente pesquisa justifica-se pela carência em trabalhos que envolvam uma análise sobre o EV de pessoas com TEA, que permita reflexões a partir das percepções de saúde e comportamentos para a aquisição de EV ativo.

Através do mapeamento e identificação de algumas variáveis do EV, será possível descrever ações que oportunizem a esses indivíduos e seus familiares, o conhecimento para modificar os fatores negativos influentes no seu EV,

buscando contribuir para o melhor desenvolvimento das suas tarefas de vida diária.

A relevância desse trabalho para a comunidade científica e também para a comunidade com TEA, está relacionada com a descrição da percepção dos familiares e professores na identificação de aspectos importantes do EV, que poderão subsidiar futuras pesquisas de intervenção. Os dados encontrados serão importantes para o planejamento das atividades realizadas na escola e no ambiente familiar, as quais poderão refletir em uma mudança positiva EV, e consequente melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

4. Revisão de Literatura

4.1 Transtorno do Espectro Autista

O termo autista vem do grego “*autós*” que significa “*de si mesmo*” e foi utilizado pela primeira vez em 1911 pelo psiquiatra Bleuler, partindo de um transtorno na esquizofrenia e caracterizado principalmente pela dificuldade na comunicação interpessoal. Entretanto, foi descrito por Leo Kanner apenas em 1943, como “uma anormalidade inata no comportamento social, afastamento ou isolamento social, desde os primeiros períodos do desenvolvimento”, comportamentos estes evidenciados após estudos realizados com crianças que apresentavam similaridade nos comportamentos (KRÜGER, 2015).

Atualmente o TEA caracteriza-se como um grupo de distúrbios no desenvolvimento neurológico, e apresenta comprometimentos nas habilidades de comunicação e habilidades sociais, além de apresentar comportamentos estereotipados e repetitivos. Embora estas sejam as principais características, é possível ainda identificar deficiências e doenças associadas ao transtorno (GRIESI-OLIVEIRA; SERTIÉ, 2017).

Para Willians e Wrigth (2008) o TEA é um distúrbio do desenvolvimento que normalmente surge nos primeiros 3 anos de vida, e que se refere a um grupo de desordens do neurodesenvolvimento que englobam os seguintes transtornos: “Autismo, de Asperger, Desintegrativo da Infância, de Rett e Transtorno Global do Desenvolvimento”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), considera “que indivíduos com o TEA englobam os seguintes transtornos: autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto

funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (DSM-V, 2013)

Segundo Boatos (2016), o Espectro Autista, Desordens do Espectro Autista ou Condições do Espectro Autista é um espectro de condições psicológicas caracterizados por anormalidades generalizadas de interação e comunicação e por gama de interesses muito restrita e comportamento altamente repetitivo.

O DSM-V (2013) não apresenta classificações específicas para o TEA, mas apresenta o transtorno em três níveis de gravidade sendo: Nível 1: exigindo apoio, Nível 2: exigindo apoio substancial e o Nível 3: exigindo apoio muito substancial. Essa classificação portanto, tem enfoque no apoio que o indivíduo recebe.

Os níveis de gravidade em que o transtorno se apresenta em cada criança, é atribuído após o diagnóstico realizado em conjunto com a família, pois é no ambiente familiar que a criança manifesta seus comportamentos.

De acordo com o DSM-V, a tabela 1 apresenta as especificações dos níveis e comportamentos diagnosticado para o TEA:

Tabela 1. Níveis de gravidade do TEA

| Nível de Gravidade | Comunicação social | Comportamento restrito e estereotipado |
|---|---|--|
| Nível 3 "Exigindo apoio muito substancial" | Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. | Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos, interfere acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou nas ações. |
| Nível 2 "Exigindo apoio substancial" | Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. | Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/ repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações. |
| Nível 1 "Exigindo apoio" | Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. | Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência. |

Fonte: DSM-5 (2013)

Diante do exposto, verifica-se a existência de diversas características relacionadas ao TEA. Dependendo do nível de TEA de cada indivíduo, percebe-se uma melhor ou pior condição de EV. Essa relação é identificada pela necessidade de apoio que a criança exigirá de sua família e/ou cuidador na consolidação de sua independência e autonomia ao longo da vida (CARMO; ZANETTI; SANTOS, 2019).

Sabe-se que a maioria das pessoas com TEA apresenta prejuízos na comunicação e na interação social e expressam comportamentos repetitivos e estereotipados, os quais poderão interferir nas suas AVDs e por consequência, na manutenção de um EV adequado. O ambiente em que o sujeito está inserido e os estímulos que recebe ao longo do tempo, são fatores importantes a serem considerados.

4.2 Estilo de vida

O processo evolutivo configura mudanças no perfil da sociedade e também no EV. Segundo a Organização Mundial da Saúde o Estilo de Vida é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização (PORTES, 2011). Na abordagem de Nahas (2017), EV é entendido como “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Para o autor, EV é o principal determinante para a saúde e a eliminação de fatores negativos modificáveis, podendo ter controle e gerenciar o seu próprio estilo.

Devido às diversas mudanças ocorridas no EV, inúmeros agravos à saúde foram aumentando significativamente, como por exemplo o aumento da inatividade física, doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT's) como obesidade e diabetes tipo II podendo ter consequências drásticas caso não forem revertidas (KREMER, 2010).

A globalização modificou culturas e estilos de vida da sociedade, e cada vez mais afastou-se da qualidade de vida, sendo este um fator determinante de longevidade. Um dos fatores que determinam os estilos de vida é a desigualdade entre países e entre indivíduos, dentro de cada país. Sendo assim, além das concepções voltadas a saúde populacional, outras influentes modificações ocorreram no campo educacional devido a inclusão de pessoas com deficiência

em documentos oficiais, escolas e aquisição de direitos constitucionais (CARITA; CARVALHO, 2017).

Hax em 2012 identificou barreiras na prática de atividade física de escolares com TEA também na cidade de Pelotas, com predomínio nos aspectos relacionados à falta de profissionais capacitados, superproteção dos pais e a falta de prazer pela prática, determinantes que influenciam diretamente no EV de escolares com o transtorno.

No entanto, ao referir-se ao EV é importante observar as diversas áreas que compõem norteadores a um EV, e que em pessoas com deficiência (PcD) ou com TEA, podem estar ainda mais intensificados em uma ou mais áreas, criando barreiras para a prática efetiva da aquisição de hábitos saudáveis (NAHAS, 2017; LENHARD; MANTA; PALMA, 2012).

4.2.1. Variáveis do estilo de Vida

4.2.1.1. Atividade Física

Atividade física (AF) é um comportamento que envolve diferentes atividades executadas, seja em ambiente laboral, em serviços domésticos, deslocamento ou lazer, bem como pode ser entendida como “qualquer movimento corporal produzido por músculos e que resulta em maior dispêndio de energia” (MCARDLE; KATCH; KATCH, 1998). Sendo abordada historicamente com perspectiva de treinamento de atletas e esporte de alto rendimento, foi a partir do século XX que a AF passou a ser estudada como precedente de prevenção e tratamento a inúmeras doenças (RIBEIRO; BARATA, 2016; NAHAS, 2017).

O processo de urbanização e de evolução causou modificações geográficas, sociais, educacionais e de saúde fazendo com que o perfil de sociedade também fosse modificado e com isso a combinação da intensidade e da duração dos diferentes tipos de atividades físicas, o que permite classificar os indivíduos em inativos, pouco ativos e ativos. Salienta-se ainda que a prática regular destas atividades pode promover aumento nos benefícios físicos e mentais, seja a curto ou longo prazo (RIBEIRO; BARATA, 2016; DE ALMEIDA *et al.*, 2017).

A prática regular e adequada de AF promove diversos benefícios à saúde como: prevenção da obesidade, melhora do perfil lipídico, diminuição da pressão

arterial, redução das DCNT's, redução nos níveis de depressão, isolamento social, aumento nos níveis de autoestima, trabalho em conjunto e desenvolvimento da socialização (DE ALMEIDA *et al.*; 2017; LOURENÇO *et al.*, 2016).

Diversos comportamentos referentes a estilos de vida saudáveis são adquiridos ainda na infância, e mantidos durante a adolescência e início da fase adulta. Podendo ser comprovado no aumento da expectativa de vida, retardamento de doenças mentais/neurodegenerativas_e doenças associadas ao sedentarismo” (LEHNHARD; MANTA; PALMA, 2012).

Apesar do conhecimento sobre o fator positivo relacionado à manutenção da saúde, ainda há uma grande dificuldade de adesão a comportamentos ativos e saudáveis em todas as populações, mas essas dificuldades intensificam-se no que se refere à práticas de AF em crianças, adolescentes e pessoas com deficiência ou com TEA (GREGUOL, 2017; SERON *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2018; FONSECA, 2018; KRÜGER, 2016).

No que se refere a AF para pessoas com deficiências ou com TEA, muitas são as barreiras para a prática efetiva e contínua, já que fatores culturais, sociais e pessoais tornam-se influentes no cotidiano dessas pessoas em razão do próprio transtorno. A mudança comportamental é um fator determinante na aquisição de um EV ativo, as pessoas com deficiência possuem impedimentos a longo prazo para aquisição, pois muitos ainda não tem nenhum tipo de acesso, e por consequência apresentam altos índices de sedentarismo (JUNG, 2013).

A possibilidade de reverter os baixos níveis de AF podem ser supridos pela escola através da educação física, pois se torna um ambiente facilitador para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde, que aliadas a um maior gasto energético, podem gerar mudanças comportamentais (REUTER, 2015).

Rimmer e Marques (2012), apontam que um dos motivos da baixa adesão à prática de atividades físicas é o insucesso em práticas anteriores, em crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência ou transtorno, este agravo pode ser ainda maior devido a barreiras encontradas pela própria deficiência.

Como possibilidade de superação dos fatores que impedem a aquisição de um comportamento ativo, deve-se primeiramente identificar onde estão essas pessoas, para posteriormente capacitar e preparar os profissionais que irão trabalhar com esse público.

4.2.1.2. Atividade Sedentária e Tempo de tela:

Comportamento sedentário pode ser definido como a exposição a atividades com baixo dispêndio energético e atividades de baixa intensidade, tais como: assistir televisão, jogar videogames ou usar o computador (BACIL *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2014).

Os níveis de inatividade física e obesidades são crescentes em todo mundo e já considerados um problema de saúde pública, tanto em países com de alta renda assim como em países de média e baixa renda. O excesso de peso na infância e adolescência contribuem para menor grau de sucesso na vida profissional e a menores salários (MONTEIR; VICTORA; BARROS, 2004).

Neste sentido, a AF pode ser avaliada em diversos domínios, dentre os quais se destaca o lazer ou tempo livre, e onde se concentram os maiores percentuais de pessoas inativas fisicamente (DUCA, 2014). As atividades de tempo livre são predominantemente ver TV (centro e periferia), conversar/brincar com amigos (centro) e escutar música (periferia e rural) (BURGOS *et al.*; 2009).

Análises realizadas da correlação entre níveis sedentários, tempo livre, tempo total de tela (TTT) de crianças e adolescentes pressupõem -se que há uma substituição do tempo livre gasto em atividades físicas para atividades sedentárias em consumo de TTT (VASCONCELLOS; ANOS; VASCONCELLOS, 2013).

Com o advento da televisão e, mais recentemente, da internet crianças e adolescentes ultrapassam os limites de TTT recomendados pela Academia Americana de Pediatria em mais de duas horas por dia e a probabilidade de ser obeso é três vezes maior em adolescentes que assistem televisão mais de cinco horas/dia de televisão (COELHO; SIQUEIRA; MOLINA, 2016; CAMPAGNOLO; VITOLO; GAMA, 2008).

Outro fator relevante no que se refere ao aumento de peso relacionado ao tempo gasto com mídias televisivas é o consumo de alimentos em frente à televisão e a influência das propagandas nas escolhas alimentares dos estudantes (CAMPAGOLO; VITOLO; GAMA, 2008). Um estudo realizado por Matheson *et al.* (2004) nos EUA aborda que o consumo excessivo de ingestão energética por dia, ocorria em momentos em que se assistia TV, 16,6% nos dias de semana e 26,2% nos finais de semana. Assim como encontrado em Santa Catarina no estudo de ROSSI *et al.* (2010), que crianças realizam as refeições em

frente à TV, indiferente do cômodo da casa (sala, cozinha e/ou quarto). Relacionados aos dados da relação entre aparelho de televisão (TV) e cômodo, o estudo de Vasconcellos, Dos Anjos, Vasconcellos (2013) apontaram que há em média, no mínimo, dois aparelhos de TV na casa, e cabe ressaltar que há um excesso de TTT em frente a videogames e computadores. Como limitações nos estudos, ainda não foi possível de ser analisado o tempo em frente aos smartphones.

O aumento do TTT e do sedentarismo, podem estar associados ao rápido processo de urbanização, a redução de atividades fora da residência e ainda ao aumento da violência, e, por consequência, a substituição de atividades e brincadeiras ao ar livre por atividades sedentárias.

Dentre os objetivos da educação física para a prática, um deles é elevar os níveis de AF à moderada durante as aulas, no entanto os estudos de HALLAL *et al.* (2006), constataram que crianças de até 10 anos, em período escolar, não cumprem a média exigida pela OMS de gasto energético necessário, durante o período de permanência na escola e identificaram que o aumento da intensidade pode ser um fator de prevenção à obesidade e problemas de saúde associados.

4.2.1.3. Percepção de saúde

A saúde, assim como a percepção de saúde, vão além do corpo como um físico, elas ultrapassam as dimensões de dor e ausência de doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” em consonância com a definição, percepção de saúde cria e modifica a personalidade, o EV e altera os padrões socialmente aceitos (MACEDO, 2008; SEGRE; FERRAZ, 1997).

Dentre as compreensões de bem-estar biopsicossocial, a autopercepção da imagem corporal influencia diretamente na autoconstrução como indivíduo e também como as suas percepções sobre saúde. A insatisfação com o próprio corpo tende a ser mais intensa ao longo dos anos, o que contribui para a negação do próprio corpo. A construção do eu e das próprias potencialidades, reflete o suporte social advindo da família. Pois é no ambiente familiar que a criança e o

adolescente aprendem sobre sua individualidade, identidade e processo de construção da personalidade (BATTISTI, 2017; MOURA, 2003).

A sociedade, no endeusamento corpóreo, implica em corpos produtivos ao extremo e, o corpo marcado pela deficiência é disforme, fora dos padrões, portanto colocá-los em igualdade se idealiza retrocesso de produção e culto do corpo. A identidade improdutiva e negativa do deficiente é justificada por sua identidade biológica, no entanto ela é continuamente reforçada socialmente (RECHINELI *et al.*, 2008; MACEDO, 2008).

Infelizmente, a família e a escola na tentativa de inclusão e progresso da pessoa com deficiência coloca-os em segregação, pois o contato com o mundo real possibilitaria tensões a sua questão existencial. As duas instituições contribuem significativamente para a criação da autoimagem, a partir do senso comum o que define indiretamente sua personalidade, aceitação e compreensão das potencialidades (MACEDO, 2008).

No estudo de Marques (2008) segundo a percepção dos pais 70,9% (n=1552) julgam que os seus filhos com SD tenham uma condição de saúde boa ou excelente, porém mensurar a percepção de saúde de pessoas com deficiência pressupõe um objetivo com maior desafio a ser alcançado, a própria percepção de saúde da pessoa com deficiência.

O estresse no contexto de percepção de saúde se remete a como o organismo responde a qualquer estímulo - bom, ruim, real ou imaginário - e que altere seu estado de equilíbrio. Pois, a demanda em excesso de estímulos causa inúmeros estresses bioquímicos no organismo e, não sendo possível controlar todos os estímulos, é possível que apresente sérios problemas psicológicos e físicos. A falta de controle a todas as situações de estresse externos e internos, podem causar prejuízos pessoais a curto e longo prazo, podendo afetar as relações pessoais, físicas e sociais (NAHAS, 2017).

Diante desse contexto, a forma com a qual a pessoa com deficiência se relaciona com o meio, desenvolve a sua personalidade e a sua auto aceitação, é possível que ela esteja exposta a estresses oriundos de influências externas à sua deficiência, pois sua atividade em sociedade representa o trabalho que ela

desenvolve na sociedade (COELHO; SAMPAIO; MANCINI, 2014; FELICÍSSIMO *et al.*, 2017).

4.2.1.4. Qualidade do sono

Como uma atividade fisiológica necessária para a manutenção do organismo humano, o período de sono é fundamental e indispensável na análise de EV. Como resultado de interrupções frequentes nesse período, crianças e adolescentes podem ter dificuldades de despertar, afetando diretamente o seu rendimento em AVDs, o que a longo prazo acarreta prejuízos significativos à saúde (GODOY; ALMEIDA, 2017).

Pela exposição contínua de distúrbios de sono, crianças e adolescentes podem apresentar sintomas como irritação, déficit de atenção, instabilidade de humor e dificuldade de socialização e cooperação (MARTÍNEZ, 1999). O estudo de Gozal (1998), realizado com 297 crianças associa a má qualidade de sono ao baixo rendimento escolar, em consonância Huang *et al.* (2007), afirma que crianças que roncam têm menor desempenho acadêmico.

Com base em estudos de análise do sono, constatou-se que a prática efetiva de exercícios físicos apresenta modificações comportamentais e fisiológicas, fatores influentes no período do sono, pois de uma forma geral, a prática do exercício físico aumenta a necessidade de sono, para recompor as reservas energéticas corporais.

Os períodos de sono são aliados na retenção de aprendizagem e memórias, especialmente em crianças e adolescentes em período escolar, pois é nessa fase que ocorrem os maiores desenvolvimentos cognitivos e físicos.

Em pessoas com Síndrome de Down, por exemplo, Buckhalt (2013), indica a prevalência de apneia obstrutiva do sono entre 30% e 80% dos participantes do estudo, podendo o distúrbio estar associado ao desenvolvimento neurológico que apresenta anormalidades craniofaciais, hipotonia e obesidade.

Em geral, pessoas com deficiência e TEA apresentam diferentes distúrbios de sono, tais como: sono interrompido, aumento da latência do sono, curta duração do sono e cochilos diurnos, o que está diretamente ligado a qualidade de vida de pessoas com deficiência e seu desenvolvimento (CRUZ *et al.*, 2017).

Além da análise sobre a influência das aulas de educação física nos níveis de AF, o estudo de Caetano (2017), observou que escolares do período matutino apresentam maiores valores do que aqueles do período vespertino e acredita-se que estes valores estão associados ao tempo de sono dos escolares.

4.2.1.5. Atividades de vida diária

Diariamente executamos diversas tarefas aprendidas ao longo tempo para sobrevivência, as quais referem-se às habilidades pessoais para autocuidado e independência (MARQUES, 2008). Essas tarefas são compreendidas como AVDs e incluem atividades relacionadas a higiene pessoal, vestuário, alimentação, organização e limpeza de ambientes, manuseio de dinheiro, compras, uso de medicamentos, mobilidade funcional, comunicação, expressão sexual, administração doméstica, de tecnologias assistivas e dispositivos ambientais (PACHECO; SOUZA, 2019; REINEHR, 2010).

Frequentemente pessoas com deficiência são definidas como incapazes de realizar inúmeras atividades com autonomia, apenas em razão da sua deficiência. A estimulação desse público não configura a sua profissionalização, pois potencializar a sua autonomia é dever da família e da escola (REINEHR, 2010; ECA, 1990; BRASIL, 2002).

No entanto, estudos recentes apontam que crianças e adolescentes são capazes de cuidar das suas necessidades pessoais e colaborar nas atividades em casa e na comunidade (CERQUEIRA, 2008). A escola também contribui neste processo de independência, através dos currículos adaptados e currículos funcionais elaborados pelos profissionais das salas de recursos multifuncionais e professores da Educação Especial e professores da sala de aula regular, promovendo estratégias metodológicas voltadas à melhoria da qualidade de vida dos escolares (CERQUEIRA, 2008; BRASIL, 2002).

Alternativas como responsabilização pelas tarefas são estímulos necessários para o aprimoramento das AVDs, devendo estas ter início na base familiar. O sentimento de culpa, experienciado por muitas famílias ao conceber uma criança com deficiência ou TEA não deve estar associado ao fato dela não poder exercer nenhuma atividade com autonomia (MOURA; VALÉRIO, 2003).

Além destas, a promoção de autonomia a partir de atividades físicas é apresentada no estudo de Marques (2008), que exige maiores habilidades durante a realização das atividades e que estas podem ser transferidas ao processo de higiene pessoal, atividades domésticas além de uma melhora na organização cognitiva.

4.3. Estilo de vida no Transtorno do Espectro Autista

O EV de crianças e adolescentes com TEA, tornou-se um desafio pela pluralidade em que o transtorno abrange. Os distúrbios do sono e os comportamentos repetitivos e estereotipados agravam a sua sociabilidade nos lugares que frequenta, pois muito se acredita ainda na cultura de que a pessoa com TEA “vive em um mundo próprio” (DA SILVA;2020).

A percepção dos pais acerca das potencialidades da criança com TEA, ainda precisa ser aprimorada, pois estes configuram seus primeiros contatos com a sociedade. Muitos pais identificam nas primeiras interações com a criança uma forma diferenciada de se relacionar, o que pode contribuir com o diagnóstico precoce. Em controvérsia, muitos pais ainda apresentam dúvidas em como se relacionar com os filhos com TEA, em decorrência dos déficits na reciprocidade emocional e de comunicação. Desta forma os pais têm dificuldades de reconhecerem as necessidades dos filhos e tendem a justificar todos os comportamentos infantis ao transtorno (PEREIRA; BORDINI; ZAPPITELLI, 2017).

Cossio *et al.* (2017), afirmam que, se intervenções precoces forem realizadas com qualidade, a criança com TEA pode desenvolver melhor suas dificuldades sociais e estereotipadas oriundas do próprio transtorno, em detrimento a outras crianças estimuladas tardiamente.

Na manutenção de algumas variáveis do EV (AF, qualidade do sono, atividades em tempo de livre e outras), a pluralidade de apoios proporciona uma reeducação corporal que beneficia a criança com TEA. Estudos com AF e equoterapia estão diretamente relacionados a melhoria da qualidade do sono e a melhora na postura, equilíbrio, coordenação motora, orientação temporal e estruturação espacial (KRUGER, 2016; OLIVEIRA, 2019).

Com o passar da idade as crianças recebem uma maior quantidade de informações e através delas aprimoram a sua autonomia e independência. Nesse sentido a família torna-se essencial no processo de fomento a realização das atividades diárias, pois o repertório motor restrito requer ajustes no ambiente familiar (PEREIRA; BORDINI; ZAPPITELLI, 2017). Verifica-se também que, a atuação conjunta entre família e profissionais pode impulsionar o repertório motor das crianças, facilitando a aquisição de controle, coordenação motora e velocidade, o que auxilia na execução das tarefas cotidianas na busca por um EV ativo (ROCHA, 2019).

4.3.1. Processo Inclusivo

Após passar por fases excludentes e de segregação a inclusão de pessoas com deficiência já foi considerada desnecessária para a sociedade, mas, hoje em dia, a educação inclusiva ganha reconhecimento (ARANHA, 2011). Movimentos para as reformas na educação e direitos da educação especial na perspectiva da educação inclusiva iniciaram na década de 30, mas foi somente nos anos 50 que começaram a surgir as primeiras escolas especiais. Inicialmente, esses locais tinham o enfoque no assistencialismo, passando a criação de movimentos que delegassem a educação especial ao poder público (ALCIATI *apud* BRASIL, 2006).

Além da responsabilização das esferas públicas com a educação especial, estratégias para inclusão efetiva são elaboradas em parceria com o Ministério Público e com as demais secretarias.

A Constituição Federal de 1988 no Art. 205 afirma que a educação é um direito de todos, sendo dever do estado e da família assegurar acesso e permanência, a fim de ser promovida e incentivada a colaboração de todos no pleno exercício de cidadania e desenvolvimento das pessoas (BRASIL, 1988).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 20 de dezembro de 1996 define e regulamenta o sistema nacional de educação, sendo fundamentada nos princípios da Constituição Federal Brasileira de 1988 e define a educação especial como “modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para pessoas com deficiência, Transtornos Globais do

Desenvolvimento e Altas Habilidades ou Superdotação (A.H./S.D.)” (SILUK, 2011; BRASIL,2002; ALVES; DUARTE, 2011).

Em 2006, a Convenção dos direitos da pessoa com deficiência “reconhece o direito à educação sem discriminação e com igualdade de oportunidades das pessoas com deficiência” o que assegura o direito de todos os alunos frequentarem o ensino regular, não podendo haver discriminação em razão de alguma deficiência, sendo garantido o direito ao apoio necessário para facilitar a aprendizagem do aluno com deficiência, que poderá ser oferecido pelo AEE (Atendimento Educacional Especializado), considerando as necessidades específicas dos alunos (LOPES,2009).

Diante de todo avanço alcançado através da legislação para inclusão de pessoas com deficiência, e crescente incidência de TEA nas escolas, a lei 12.764/2012, elaborada especificamente para pessoas com TEA, intitulada como “Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” garante o respeito ao transtorno e assegura principalmente seus direitos educacionais.

No seu Art. 3º, III, consagra o direito à saúde ao autista, especificando as garantias do diagnóstico precoce, do atendimento multiprofissional, da nutrição adequada e da terapia nutricional, dos medicamentos e das informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento, com vistas à atenção integral às suas necessidades, não deixa nenhuma margem para que se justifique a negligência do Poder Público em juízo (BRASIL,2015).

Com a implementação das políticas nacionais de educação inclusiva, foram desenvolvidos programas de auxílio e acompanhamento dos alunos com deficiências nas escolas. Um destes programas foi a criação das salas de recursos multifuncionais, que atendem com profissionais especializados os alunos com deficiências e transtornos do desenvolvimento. Com o decorrer do processo inclusivo, observa-se um aumento no número de matrículas da educação especial na rede pública de ensino, que em 2018 registrou a inclusão de 1,2 milhões de alunos (TENENTE, 2018). Conforme dados do INEP o número de matrículas de alunos com TEA nas instituições regulares de ensino aumentou de 77.102 em 2017 para 105.842 em 2018, o que indica um crescimento de 37,28% em apenas um ano (GROSSI; GROSSI; GROSSI, 2020)

Embora o aprendizado seja inerente ao ser humano, é na escola que a criança começa o seu processo de escolarização e alfabetização. Segundo Cortez; Fantacini e Lessa, 2018 (*apud* Lopes; Abreu e Matos, 2010) a escolarização acontece nos espaços educacionais que a criança frequenta e a alfabetização pode ser definida como um processo de aquisição do código da escrita e da leitura, pois é a escola que “oportuniza aprendizagem e formação, permitindo o desenvolvimento integral do aluno. Isto inclui aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais” (PEREIRA; CARLOTO, 2016; MELETTI; 2009).

Dentro da idade escolar, a criança necessita sair do meio familiar e ingressar no seu processo educacional, a escola portanto, contribui para que a socialização da criança possa ser desenvolvida de forma eficiente, possibilitando a interação e a vivência de diferentes situações com crianças da mesma faixa etária, o que para crianças com TEA pode ser um processo difícil devido às dificuldades na comunicação e interação social e, reorganização das estruturas mentais, já que exige uma rápida mudança na rotina diária (SILVA *et al.*, 2014) .

No processo inclusivo, além do acesso à educação, é importante considerar a permanência de alunos com TEA na escola. Analisando a trajetória escolar desses alunos, constata-se que existe uma grande evasão escolar, principalmente nos anos finais do ensino fundamental. Dessa forma os altos índices de evasão podem estar associados às inseguranças na mudança de etapa, a idade em relação a turma em que estão matriculados, ao baixo número de matrículas no AEE ou ainda o sentimento de incapacidade advindo dos professores (LIMA; LAPLANE, 2016; SANTOS; ELIAS, 2018; GARCIAS, 2019).

Uma adaptação favorável no ambiente escolar poderá auxiliar nos aspectos do EV. A participação efetiva nas atividades escolares deverá melhorar a sua interação social, comunicação e escolarização. Se for orientado a participar das aulas de educação física, poderá melhorar a condição de aptidão física e das habilidades motoras, que irão refletir na melhoria das AVD's, qualidade do sono, atitudes de agressão e auto agressão (KRÜGER, 2019).

O processo inclusivo e educativo de crianças com TEA depende de atribuições e ações conjuntas entre escola e família, pois o apoio a essa luta se torna ainda mais fácil (MAGALHÃES *et al.*, 2017).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo

De acordo com os objetivos propostos, o delineamento para esse estudo caracteriza-se como estudo epidemiológico transversal (THOMAS; NELSON e SILVERMAN, 2012).

5.2 População e amostra

A população do estudo foi composta por escolares com TEA da cidade de Pelotas/RS. A seleção da amostra foi realizada de forma não probabilística intencional (GAYA, 2016), constituída por crianças e adolescentes com TEA que frequentam a rede de ensino regular de Pelotas.

Como critérios de inclusão determinou-se:

- Ter idade entre oito e 15 anos.
- Estar matriculado na rede pública municipal, estadual ou privada.
- Possuir o laudo atestando o TEA.

Em razão da demora dos trâmites na Secretaria Municipal de Educação, da falta de agilidade das escolas em fornecer as listas, do período de férias escolares e posterior isolamento social, teve-se acesso apenas à listagem do Centro de Autismo Dr. Danilo Rolim de Moura, que atende cerca de 450 pessoas com TEA. Após levantamento inicial, de acordo com os critérios da pesquisa, identificou-se 191 pessoas elegíveis para o estudo. Foram enviados os questionários e o TCLE obtendo-se um retorno de 79 instrumentos. Destes, duas pessoas se recusaram a responder e três respostas estavam duplicadas.

Desta forma a amostra final do estudo constituiu-se de 74 crianças e adolescentes com TEA que frequentam escolas regulares na cidade de Pelotas.

5.3 Instrumentos

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo foi um questionário construído pela pesquisadora, a partir de instrumentos validados na literatura e questões do interesse da realidade local onde a pesquisa foi realizada. O instrumento foi respondido pelos pais ou responsáveis das crianças.

Deste modo as perguntas foram elaboradas a partir dos seguintes estudos:

- Questionário de Estilo de vida construído e adaptado a partir da pesquisa do perfil do estilo de vida de pessoas com síndrome de Down e normas para avaliação da aptidão física (MARQUES, 2008).
- Os domínios de atividade sedentária e tempo total de tela foram elaborados a partir do instrumento de Vasconcellos; Dos Anjos; Vasconcellos, 2013.
- A análise do sono foi realizada através do Children's Sleep Habits Questionnaire - (CSHQ-PT) que mensura a partir da percepção dos pais ou responsáveis a qualidade do sono durante a semana anterior. (SILVA *et al.*,2014).

No instrumento constam as seguintes dimensões:

1ª. Dados de identificação, domiciliares e familiares – identificação de quem respondeu o questionário; dados familiares (idade do pai e da mãe, se pai ou mãe eram falecidos, situação conjugal dos pais – casados, separados, moram juntos mas não são casados e viúvo (a) - grau de instrução do chefe da família, renda mensal a partir de salários mínimos, morador da zona urbana ou rural, se possuem outro filho com TEA ou alguma deficiência).

2ª. Informações sobre a criança: data de nascimento, estatura, massa corporal, sexo, cor da pele; idade do diagnóstico, quem informou sobre o TEA, nível de TEA, deficiência e doenças associadas e utilização de medicamentos; comportamentos estereotipados; informações

educacionais (tipo de escola, sabe ler e escrever, participa das aulas de educação física e quais atividades pratica).

3ª. Características do Estilo de Vida – Informações sobre a saúde e os indicadores do estilo de vida de crianças e adolescentes, incluindo questões sobre a percepção dos pais sobre a saúde, AVDs, atividades físicas e atividades mais realizada nos momentos livres.

5.4 Procedimentos para coleta de dados

Após a qualificação o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física com aprovação sob o número de protocolo 20924819.0.0000.5313, sob parecer número 3.630.788.

Em seguida, foi enviado para Secretaria Municipal de Educação e Desporto (SMED) de Pelotas, a fim de solicitar a autorização para desenvolver o estudo e possíveis esclarecimentos dos objetivos da pesquisa.

Inicialmente a pesquisa seria realizada junto a sala de recursos das escolas da rede, pois facilitaria o contato com os responsáveis dos escolares com TEA. Entretanto, com a chegada da pandemia de Coronavírus, houve a suspensão das aulas no primeiro semestre de 2020, inviabilizando o acesso às escolas.

Em razão disso, buscou-se contato com o centro de Autismo Dr. Danilo Rolim de Moura (vinculado a prefeitura de Pelotas) que disponibilizou uma lista de todos os alunos que frequentavam os atendimentos (cerca de 450 pessoas). A lista possui números telefônicos dos pais ou responsáveis, o que facilitou o contato com esses indivíduos para a montagem de um planejamento para encaminhar o instrumento de pesquisa.

5.5 Coleta de Dados:

De posse dos dados das crianças e dos adolescentes, foi feito contato com os pais ou responsáveis para explicar os objetivos do estudo e o eventual interesse dos mesmos na participação da pesquisa. Em seguida enviou-se para os pais ou responsáveis via aplicativo “whatsapp” o link do questionário o qual foi elaborado através de uma plataforma de questionários online, denominada

Google Forms. A partir daí, como descrito no item da amostra, selecionaram-se os indivíduos para o estudo.

A coleta de dados teve início no dia 10 de maio de 2020, quando se enviou a primeira leva de instrumentos. Após uma semana do envio, retornaram 33 questionários respondidos. A partir destes dados, contatou-se por telefone os pais ou responsáveis que não haviam retornado o instrumento, solicitando que se possível o fizessem. A segunda mensagem encaminhada foi realizada no dia 18 de maio de 2020, deixando novamente mais uma semana de pausa para os respondentes. Dessa segunda chamada retornaram 22 respostas. Mais dois contatos foram estabelecidos nos dias 21 e 30 de maio de 2020, novamente com ligações e mensagens lembretes, obtendo um retorno de 24 questionários. Assim, totalizou-se um número final de 79 instrumentos respondidos.

5.6 Análise estatística

Para registro das informações foi utilizada a planilha eletrônica do Microsoft Excel 2013, e para análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico IBM SPSS Statistics Base 22.0.

Foram empregados recursos da estatística descritiva: distribuição de frequências, cálculo de medidas de tendência central (média) e de dispersão (amplitude de variação, desvio padrão e intervalo de confiança).

Para medidas de associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado (X^2). Para testar diferenças entre médias, foi utilizada a análise de variância simples (ANOVA - One way). Foi utilizado o nível de significância de 5%.

5.7 Limitações

1ª. A utilização de questionários como instrumento de pesquisa apesar de ser frequente para este tipo de pesquisa, possui uma limitação acerca da compreensão das perguntas e veracidade das respostas.

2ª. Devido a ocorrência da pandemia do Covid-19, muitos pais podem ter interpretado as perguntas sob a perspectiva de hábitos de vida nos últimos 30 dias, sendo que a pesquisa considera os últimos 30 dias com rotina escolar, identificados no questionário.

5.8 Divulgação dos resultados:

A divulgação dos resultados será feita a partir do documento de dissertação que será entregue ao Programa de Pós- Graduação da Escola Superior de Educação Física, além de artigos científicos que serão produzidos após a data de defesa.

Será enviado aos pais ou responsáveis um parecer de informações com os principais dados da pesquisa, em caráter descritivo.

6. RESULTADOS:

Foram analisados 74 questionários, onde com relação aos respondentes, verificou-se que 91,9% (N=68) eram mães, 6,8% (N=5) eram pais e 1,3% (N=1) tinham outro nível não especificado.

No que se refere aos dados familiares, a idade média do pai é de 45,1 anos (dp: 9,56- Min. 29 máx.73) e da mãe é de 40,9 anos (dp: 6,26 – min.30 máx. 58). Em relação à situação conjugal dos pais 35,1% (n=26) são casados, 33,8% (n=25) moram juntos mas não são casados e 31,1% (n=23) são separados. A tabela 2 representa o grau de instrução do chefe da família e a renda familiar total, considerando todos os contribuintes.

Tabela 2: Grau de instrução do chefe da família e renda familiar de escolares com TEA da cidade de Pelotas.

| Grau de instrução | n | % |
|------------------------------------|-----------|------------|
| Não Alfabetizado | 2 | 2,7 |
| Fundamental Completo | 4 | 5,4 |
| Médio Completo | 29 | 39,2 |
| Superior Incompleto | 19 | 25,7 |
| Superior Completo | 20 | 27 |
| RENDA | | |
| Menos de um salário mínimo | 10 | 13,5 |
| Entre um e três salários mínimos | 46 | 62,2 |
| De quatro a seis salários mínimos | 12 | 16,2 |
| Entre sete e nove salários mínimos | 3 | 4,1 |
| Mais de nove salários mínimos | 3 | 4,1 |
| Total | 74 | 100 |

De acordo com os dados levantados, a tabela 3 apresenta as principais características demográficas da amostra.

Tabela 3: Características sociodemográficas de crianças e adolescentes com TEA matriculados na cidade Pelotas/RS.

| VARIÁVEIS | N=74 | % |
|------------------------------------|-------------|----------|
| SEXO | | |
| Masculino | 56 | 75,7 |
| Feminino | 18 | 24,3 |
| IDADE | | |
| 8 à 10 anos | 30 | 40,5 |
| 11 à 13 anos | 27 | 36,5 |
| 14 à 15 anos | 17 | 23 |
| COR DA PELE | | |
| Branca | 54 | 73,0 |
| Negra ou Parda | 14 | 18,9 |
| Outro | 1 | 1,4 |
| Prefiro Não Declarar | 5 | 6,8 |
| LOCAL DE MORADIA | | |
| Zona Urbana | 71 | 95,9 |
| Zona Rural | 3 | 4,1 |
| RENDA | | |
| Menos de um salário mínimo | 10 | 13,5 |
| Entre um e três salários mínimos | 46 | 62,2 |
| De quatro a seis salários mínimos | 12 | 16,2 |
| Entre sete e nove salários mínimos | 3 | 4,1 |
| Mais de nove salários mínimos | 3 | 4,1 |

Com relação aos aspectos do TEA, verificou-se que o tempo médio de idade do diagnóstico foi de 4,6 anos (dp. 2,4 – min 2 / máx 11). Quanto ao nível de TEA 58,1% (n=43) apresentam nível leve (grau 1), 27,0% (n=20) apresentam nível moderado (grau 2) e 6,8% (n=5) apresentam nível severo (grau 3), entretanto, 8,1% (n=6) não sabem qual nível em que a criança se encontra. Os diagnósticos foram feitos na maioria por médicos (89,2% - n=66), principalmente por neurologistas (37,8% - n=28). Outros profissionais que realizaram os diagnósticos foram: psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos.

A tabela 4 apresenta a frequência de comportamentos realizados pelos sujeitos conforme relato dos familiares ou responsáveis.

Tabela 4: Frequência de comportamentos repetitivos, posturas diferentes, mudança de rotina e criatividade de escolares com TEA de Pelotas/RS.

| VARIÁVEIS | N=74 | |
|---|------|------|
| Movimentos repetitivos, rítmicos e sem objetivo específico | | |
| Sempre | 25 | 33,8 |
| Às vezes | 41 | 55,4 |
| Nunca | 08 | 10,8 |
| Fica sentado em posições ou posturas diferentes | | |
| Sempre | 05 | 6,8 |
| Às vezes | 47 | 63,5 |
| Nunca | 22 | 29,7 |
| Resiste na mudança de rotina | | |
| Sempre | 23 | 31,1 |
| Às vezes | 33 | 44,6 |
| Nunca | 18 | 24,3 |
| Demonstra criatividade nas atividades realizadas | | |
| Sempre | 22 | 29,7 |
| Às vezes | 44 | 59,5 |
| Nunca | 08 | 10,8 |

De acordo com o estudado verificou-se que 20,3% (n=15) relataram a existência de outras deficiências associadas ao TEA, sendo, 86,6% (n=13) de déficit intelectual e 13,4% (n=2) de deficiência visual. Com relação às questões de saúde associadas ao TEA, observou-se que 33,8% (n=25) possuem algum tipo de problema de saúde. Dos que relataram problemas, verificou-se que 60% (n=15) tem complicações respiratórias e os demais 40% (n=10) apresentam outros problemas (cardíacos, epiteliais, endócrinos, intestinais e renais).

Com relação as variáveis de saúde, ao consumo de medicamentos é relatado por 82,5% (n=61) afirmando que usam algum tipo de medicamento. Dentre esses, alguns utilizam mais de um tipo, sendo que o mais usado são os antipsicóticos 62,2% (n=38).

De acordo com as variáveis antropométricas, constatou-se no geral uma média da massa corporal relatada de 46,85kg e uma estatura relatada de 1,44m. Estratificando por sexo, encontrou-se uma média da massa corporal relatada de 47,7kg (dp=16,8) nos meninos e 44,3kg (dp=15,4) nas meninas. Com relação a estatura relatada, observou-se uma média de 1,43m (dp=0,25) nos meninos e

1,45m (dp=0,12) nas meninas. Quanto ao cálculo do IMC, verificou-se que a maioria dos meninos (53% - n=27) encontram-se na faixa do sobrepeso/obesidade, enquanto que as meninas (72,2% - n=13) estão na faixa da normalidade (tabela 5).

Tabela 5: Índice de massa corporal (IMC) por sexo de crianças e adolescentes com TEA da cidade de Pelotas/RS.

| IMC | MENINOS | | MENINAS | |
|-----------|---------|-------|---------|-------|
| | n=51 | % | n=18 | % |
| Normal | 24 | 47,06 | 13 | 72,22 |
| Sobrepeso | 18 | 35,29 | 3 | 16,67 |
| Obesidade | 9 | 17,65 | 2 | 11,11 |

*IMC segundo Cole et al. (2000)

A tabela 6 apresenta a percepção dos pais/responsáveis sobre a saúde em geral e a saúde emocional dos indivíduos com TEA.

Tabela 6: Percepção dos pais sobre a saúde de crianças e adolescentes com TEA da cidade de Pelotas/RS em 2020.

| Percepção de Saúde | n=74 | % |
|---|------|------|
| Percepção geral de saúde | | |
| Ruim | - | - |
| Regular | 10 | 13,5 |
| Boa | 30 | 40,5 |
| Muito Boa | 20 | 27,1 |
| Excelente | 14 | 18,9 |
| Efeito do TEA sobre a saúde mental ou emocional: | | |
| Muito negativo | 33 | 44,4 |
| Pouco Negativo | - | - |
| Nem positivo nem negativo | 27 | 36,5 |
| Pouco Positivo | 8 | 11 |
| Muito Positivo | 6 | 8,1 |

No que se refere aos níveis de alfabetização e escolarização, 54,1% (n=40) sabem ler e escrever e frequentam principalmente as séries dos anos iniciais, sendo 24,3% (n=18) no 3º ano, 18,9% (n=14) no 4º ano e 14,9% (n=11) no 5º ano.

Com relação ao tipo de escola frequentada pela amostra, observa-se que 82,4% (n=61) estudam em escola pública municipal, 10,8% (n=8) estudam em escola particular e 6,8% (n=5) em escola especial.

Com relação a utilização de atendimento especializado, verificou-se que 79,7% (n=59) frequenta algum tipo de atendimento fora do horário regular da escola.

Quanto ao tempo total de tela (ver TV, usar computador, videogame e celular/tablet), observou-se que nos finais de semana o tempo médio diário foi de 11,8h, enquanto que durante a semana a média diária foi de 7,2h.

Com relação a forma de deslocamento de casa até a escola, verificou-se que 37,9% utilizam o deslocamento ativo (caminhando 28,4% (n=21) e de “bicicleta” 9,5% (n=7) e deslocam-se inativamente 62,1% (n=46) (deslocamento de carro ou moto 44,5% (n=33) e ônibus 17,6% (n=13)).

Atividades no tempo livre, referem-se sobre a escolha de uma atividade no momento de lazer, (prática de AF habitual), verificando que 68,9% (n=51) da amostra geral, não realiza nenhum tipo de AF em seu tempo livre. Dos que realizam algum tipo de atividade 12,1% (n=9) praticam algum tipo de esporte, 9,5% (n=7) fazem caminhadas, 5,5% (n=4) andam de bicicleta e 4,05% (n=3) fazem fisioterapia.

Com relação a participação nas aulas de EF na escola, observa-se 36,7% (n=27) sempre participa das aulas, 16,2% (n=12) participa com frequência, 27% (n=20) às vezes, 10,8% (n=8) raramente e 9,5% (n=7) não participa das aulas.

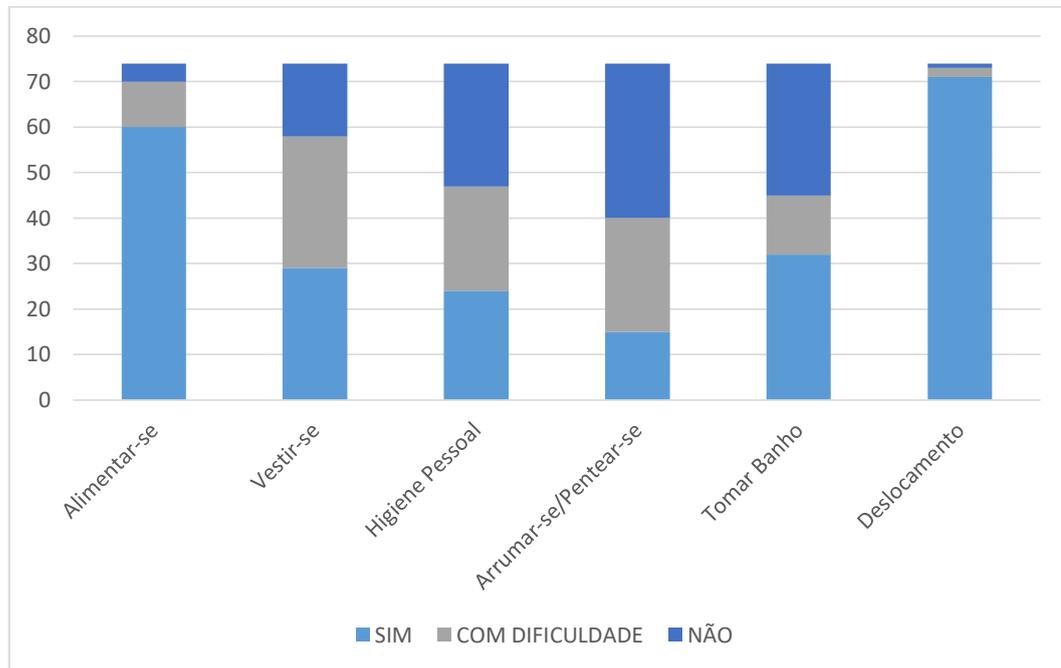
No que se refere a qualidade do sono, a tabela 7 apresenta os principais comportamentos no período de sono de crianças e adolescentes com TEA.

TABELA 7: Comportamentos no período de sono de crianças e adolescentes com TEA.

| Hábitos de Sono | n | % |
|---|-----------|-------------|
| A criança tem medo de dormir no escuro | | |
| Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | 29 | 39,2 |
| Às vezes (2 a 4 vezes na semana) | 5 | 6,8 |
| Raramente (uma vez ou nunca) | 40 | 54,1 |
| A criança tem medo de dormir sozinho/sozinha | | |
| Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | 29 | 39,2 |
| Às vezes (2 a 4 vezes na semana) | 7 | 9,5 |
| Raramente (uma vez ou nunca) | 38 | 51,4 |
| Durante o sono dorme pouco: | | |
| Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | 14 | 18,9 |
| Às vezes (2 a 4 vezes na semana) | 17 | 23 |
| Raramente (uma vez ou nunca) | 43 | 58,1 |
| Durante o sono tem sono agitado ou mexe-se muito ao dormir | | |
| Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | 20 | 27,0 |
| Às vezes (2 a 4 vezes na semana) | 25 | 33,8 |
| Raramente (uma vez ou nunca) | 29 | 39,2 |
| Durante o sono acorda durante a noite | | |
| Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | 5 | 6,8 |
| Às vezes (2 a 4 vezes na semana) | 21 | 28,4 |
| Raramente (uma vez ou nunca) | 48 | 64,9 |
| Ao acordar de manhã, acorda mal-humorado | | |
| Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | 6 | 8,1 |
| Às vezes (2 a 4 vezes na semana) | 21 | 28,4 |
| Raramente (uma vez ou nunca) | 47 | 63,5 |
| Ao acordar de manhã tem dificuldade em sair da cama | | |
| Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | 12 | 16,2 |
| Às vezes (2 a 4 vezes na semana) | 20 | 27,0 |
| Raramente (uma vez ou nunca) | 42 | 56,8 |

Nas AVDs verificou-se um menor nível de independência em atividades de higiene pessoal, arrumar-se, pentear-se e tomar banho sozinho. Entretanto, a maioria tem mais facilidade de deslocar-se sozinho (figura 2).

Figura 2: Nível de independência de acordo com a atividade de vida diária crianças e adolescentes com TEA da cidade de Pelotas/ RS.



Com relação às variáveis demográficas encontrou-se associação significativa entre sexo e a AVD de deslocar-se sozinho ($p=0,03$), onde às meninas apresentaram maiores dificuldades. Quanto a idade, verificou-se uma associação significativa com dormir sozinho ($p=0,005$), onde os mais novos apresentam um medo maior de ficarem sós durante a noite. Com relação a renda familiar (salários mínimos), observou-se uma associação significativa com a prática de AF no tempo livre ($p=0,008$), onde aqueles que declararam renda maior de seis salários mínimos são mais ativos. Daqueles que estão na escola especial, verificou-se uma associação significativa ($p=0,01$) com a renda familiar inferior à três salários. Ainda com relação a renda familiar, percebeu-se uma associação significativa ($p=0,01$) com o uso de frequente de medicamentos, onde aqueles que declararam a receita de até três salários consomem mais medicamentos.

Com relação aos níveis de TEA, não encontrou-se associação significativa com o uso de medicamentos e frequência de atendimentos especializados, entretanto, é importante registrar que todos os alunos que estão no nível três utilizam medicamentos e frequentam atendimentos especializados fora da escola.

O nível de diagnóstico do TEA influencia nos movimento estereotipados, pois verificou-se uma associação significativa ($p=0,01$) entre essas variáveis,

onde aquelas crianças diagnosticadas no nível três, são as que apresentam maior quantidade de estereotipias.

Quanto aos níveis de TEA, verificou-se uma associação significativa ($p=0,001$) com saber ler e escrever, onde aqueles que estão no nível três neste estudo, não realizam essa habilidade. Observou-se também com os níveis de TEA uma associação ($p=0,01$) com o tempo de tela, verificando que aqueles que apresentam um maior nível de TEA (grau 3), são os que passam menos tempo nessas atividades, sendo 3h em média diária durante a semana e 8h de média nos finais de semana. Ainda com relação aos níveis de TEA, verificou-se uma associação com a realização de estereotipias ($P=0,01$), onde aqueles que estão no nível três apresentam maior quantidade de estereotipias.

A realização das AVDs são fatores importantes do EV e na relação com nível de diagnóstico do TEA e os níveis de alfabetização, influenciando diretamente sobre a independência e autonomia de indivíduos com TEA. A tabela 8 apresenta associações significativas encontradas no estudo, entre algumas das variáveis dessas dimensões. As crianças que não sabem ler e escrever e estão no nível três de diagnóstico, são as que apresentaram maiores dificuldades para realizar as AVDs. Não encontrou-se associação significativa com as tarefas de AVD alimentarem-se sozinhos e deslocarem-se sozinhos.

Tabela 8: Resultados das associações entre as AVD's com saber ler e escrever e nível do TEA.

| AVDs | Saber ler e escrever | Nível de TEA |
|-----------------------|----------------------|--------------|
| | valor p | valor p |
| • Vestir-se sozinho | 0,001 | 0,03 |
| • Higiene Pessoal | 0,001 | 0,04 |
| • Arrumar-se sozinho | 0,01 | 0,04 |
| • Tomar banho sozinho | 0,005 | 0,05 |

*Valores encontrados através do teste do Qui- Quadrado de Pearson.

7. DISCUSSÃO

Diferentemente do apresentado por Barbosa e Fernandes (2009), que relatam um grau de instrução mais baixo dos respondentes (38% n=116 analfabetos e 20% n=59 fundamental), o presente estudo apresenta um maior índice de pais com instrução mais qualificada (91,9% n=68 – tem do ensino médio completo até superior completo), o que poderia indicar maiores informações e

oportunidades de esclarecimentos dos pais ou responsáveis ao responder o questionário.

A renda familiar se apresenta como uma variável que interfere em determinados comportamentos e acessibilidade para alguns atendimentos. O estudo demonstrou que 75,7% da amostra (n=56) recebem menos de três salários mínimos, o que poderia ocasionar dificuldades para um atendimento adequado para as crianças com TEA. Isto pode representar uma dificuldade em contratar serviços de apoio (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicopedagoga e outros) que possam auxiliar no desenvolvimento global destas crianças e jovens. Schmidt e Bosa (2003) e Cidav; Marcus; Mandell (2012), demonstraram que algumas mães renunciaram à carreira profissional para cuidar do filho, o que ocasionou redução de sua contribuição financeira para o lar. Quando não abandonam o trabalho, chegam a receber 35% menos do que as mães de crianças com outra limitação e até 56% do que as mães de crianças com nenhuma limitação. Além das despesas aumentadas com terapia e educação voltadas para a criança com TEA, familiares precisam contar também, no atendimento das necessidades do filho, com a compreensão do empregador, a fim de disporem de horário durante a jornada de trabalho (APS, 2013).

Com relação ao diagnóstico, mesmo com a melhoria dos métodos, muitos pais demoram a identificar os sinais do espectro em seus filhos, pelo fato de acharem que são tímidos ou retraídos. Embora o diagnóstico tenha sido aprimorado (a partir de um ano e seis meses), no Brasil alguns estudos descrevem que ele pode ocorrer entre os 6 e 7 anos de idade (SILVA; MULICK, 2009; BANDINI *et. al.*, 2013; KRÜGER, 2019; SILVA, 2018). Percebe-se que a média de tempo do diagnóstico pode estar melhorando, pois no presente estudo ela foi de 4,6 anos, sendo diagnosticados principalmente entre 2 e 3 anos. O fato de se identificar precocemente o TEA nessas crianças, permite que se possa iniciar os atendimentos especializados. Verificou-se também que o diagnóstico ainda está predominantemente sendo prescrito somente por neurologistas e neuropediatras. Entretanto, um bom diagnóstico de TEA, deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, que envolve psiquiatra, psicólogo, neuropsicólogo, fonoaudiólogo, neurologista, terapeuta ocupacional, pois desta forma, será possível avaliar o funcionamento global do possível paciente, avaliando-o de maneira completa e ampla. Um bom diagnóstico também poderá contribuir para os encaminhamentos

necessários, orientações aos pais, à escola e demais ambientes frequentados por essa criança (OLIVEIRA, 2015; KRÜGER, 2019).

O uso de medicamentos é uma constante na vida de crianças com TEA, o que foi observado na grande maioria deste estudo, principalmente naquelas que estão diagnosticadas no nível três. Devido às características comuns do TEA, como hiperatividade e comportamentos repetitivos, os médicos geralmente indicam medicamentos que trabalham estes sintomas. O tratamento com medicamentos tem uma boa eficácia em crianças com TEA (MANEETON; *et al.*, 2018). Entretanto, mesmo que o medicamento faça parte do tratamento, é aconselhável que os exercícios físicos façam parte da rotina da criança (LOURENÇO; *et al.*, 2015).

Com relação aos comportamentos estereotipados (repetitivos), grande parte da amostra apresentam algum tipo de comportamento. O uso de medicamentos é uma das alternativas na diminuição do número de estereotipias. Neste estudo, verifica-se que aqueles que fazem uso de medicamentos são os que apresentam maiores quantidades de estereotipias. A melhoria em comportamentos exagerados de estereotipias e as atitudes motoras, estão associadas ao consumo de medicamentos específicos (HAX, 2012). Os baixos níveis de prática de AF encontrados neste estudo, podem influenciar negativamente no aumento das estereotipias. Comportamentos repetitivos e estereotipados no TEA tem padrão motor, tem padrão sensorial, tem padrão comportamental (SILVA, 2020). Entretanto, a prática regular de exercícios físicos tem ajudado na diminuição destes comportamentos e modificado o EV dessas crianças (KRÜGER, 2019).

No que diz respeito aos níveis de alfabetização, observa-se que o acesso e permanência das crianças e adolescentes com TEA na escola regular, tem se intensificado ao longo dos anos. Este estudo confirma este aumento, pois a grande maioria (93,2%) está na escola regular, onde a chance de serem alfabetizados é melhor do que na escola especial. De acordo com Lima e Laplane (2016), o crescimento das matrículas de alunos com TEA tem aumentado. Os percentuais de alfabetização também cresceram quando analisados sobre as variáveis de saber ler e escrever. Verificou-se neste estudo que (54,1%) das crianças são alfabetizadas. Se comparado ao estudo de Hax (2012), com uma amostra de crianças e adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, ela verificou

que 86,9% (n=73) não sabia ler e escrever. A importância de ser alfabetizado e estar incluído em uma escola regular, influencia na realização das AVDs, pois encontrou-se associação significativa entre crianças alfabetizadas e não alfabetizadas na execução destas tarefas. O nível de TEA também está associado ao saber ler e escrever neste estudo, onde os que apresentam nível três não são alfabetizados. Nesse sentido sugere-se que o processo aprendizagem referente a educação de crianças com TEA não seja somente um aprendizado acadêmico, mas sim global, incluindo habilidades sociais, linguagem, comunicação, comportamentos adaptativos e redução de comportamentos repetitivos (FERREIRA, 2017). A educação e inclusão de alunos com TEA deve ser feita nas escolas regulares sem nenhum preconceito (DA SILVA; NUNES E SOBRAL, 2019).

Dos participantes deste estudo a maioria frequenta escola regular, tendo maiores oportunidades de interação social com crianças que não tem TEA, além de participarem de atividades motoras organizadas nas aulas de EF. Entretanto, mesmo percebendo um aumento na participação nas aulas de educação física, ainda verificou-se que quase metade dos alunos não participa das aulas de EF com frequência. Krüger (2016), verificou que 59% das crianças estudadas não participavam das aulas de EF e que esta baixa participação pode estar relacionada com o fato das aulas ocorrerem em ambientes abertos. Nessas situações às crianças com TEA encontram muita informação e tem dificuldade de interação com os demais colegas, além da dificuldade dos profissionais em atender esses alunos.

As tarefas de AVDs, apresentaram associações neste estudo em relação ao nível de TEA e saber ler e escrever. Entende-se que quanto mais cedo for realizado o diagnóstico, melhor serão as oportunidades para desenvolver atividades que possam amenizar estas dificuldades. Na rotina de atividades destas crianças e adolescentes devem ser estimuladas a realização destas tarefas de forma autônoma e independente, a fim de oportunizar um treinamento diário para a execução das mesmas. A capacidade de autonomia e independência de crianças e adolescentes com TEA é um marco importante no seu desenvolvimento infantil e, compreender que seja capaz de realizar as AVDs é essencial para que tenha avanços em suas competências (SILVA; ROCHA; FREITAS, 2018). Crianças com TEA não são flexíveis à mudanças de rotinas e a

participação em atividades em ambientes diversos (escola, vizinhança, clubes e outros) podem melhorar a aceitação na mudança dessas rotinas e auxiliarem na execução das tarefas básicas de tomar banho, escovar dente, trocar-se entre outros, (PEREIRA; BORDINNI; ZAPPITELLI, 2017) Os achados nas variáveis de vestir-se, arrumar-se e tomar banho no estudo de Hax (2012), mostram dificuldades de independência e autonomia em relação as AVDs. Entretanto, estudos com intervenção precoce, mostram que é possível melhorar a independência e autonomia na melhoria das habilidades motoras, socialização, memória e linguagem (COSSIO; PEREIRA; RODRIGUEZ, 2017; COOGLE; GUERETTE; HANLINE, 2013).

No que diz respeito a prática de AF no tempo livre, menos de um terço dos indivíduos estudados realiza nenhuma atividade (31,1,1% n=23). Estudo recente de Gehricke *et al.* (2020), com uma amostra de crianças com TEA entre 6 e 11 anos, verificou que apenas 17% praticava algum tipo de AF em seu tempo livre. A manutenção de um comportamento ativo tem sido uma árdua tarefa para as pessoas em geral, e em se tratando de pessoas com deficiências e TEA, isso é ainda mais difícil (RIMMER & MARQUES, 2012). A baixa adesão às práticas de AF pode estar relacionada ao tipo de prática, a fatores ambientais (segurança, transporte, custo, espaços adequados e outros), e com relação a família: disponibilidade em acompanhar e falta de entendimento dos benefícios desta prática (GARCIAS, 2019). Os benefícios da prática de AF são evidentes em todos os contextos para qualquer população, seja ela com TEA ou sem. Krüger *et al.* (2018), verificou o efeito de um programa de atividades rítmicas na interação social e coordenação motora de crianças com TEA e constatou que durante duas vezes semanais com uma duração de 50 minutos é possível modificar consideravelmente as habilidades motoras, e dessa forma, evidenciar o potencial benefício da AF sobre o desenvolvimento motor e da interação social de crianças e adolescentes com TEA.

Quanto ao tempo total de tela, observou-se resultados altos de tempo no presente estudo. Um estudo de Montes (2015), realizado nos Estados Unidos com crianças e adolescentes com TEA em idades de 6 à 17 anos, apresentou um tempo médio diário de tela de 3,46h, menos da metade do tempo encontrado aqui. Neste estudo o equipamento mais utilizado foi a televisão com 6,6h de média em um dia da semana e o computador o menos usado com 1,4h de média diária.

Crianças com TEA são altamente atraídas por telas (SLOBODIN; HEFFLER; DAVIDOVITCH, 2019; MAZUREK; ENGELHARDT, 2013). Eles estão expostos a mais tempo de tela do que crianças típicas, eles assistem mais TV, brincam mais com jogos de computador, interagem mais com telefones celulares, e passam mais tempo na Internet. Eles tendem a ter uma taxa muito alta de uso de mídia baseada em tela solitária, como videogames e televisão com uma taxa significativamente mais baixa de uso de mídia social interativa (MONTES, 2016). Além disso, os pais de crianças com TEA estão cientes dos riscos do tempo de tela, e usam este tempo também para acalmar seu filho (SLOBODIN; HEFFLER; DAVIDOVITCH, 2019). Pesquisadores estão, agora, percebendo que expor de forma exagerada as crianças às telas (sejam de smartphones ou celulares, computadores ou mesmo a televisão) seria suficiente para que uma condição semelhante ao TEA surgisse, denominada de “autismo virtual (ZAMFIR, 2018).

Com relação a forma de deslocamento de casa até a escola, verificou-se que 37,9% (n=28) dos indivíduos percorrem ativamente este percurso, sendo caminhando ou de bicicleta. Mesmo com a amostra tendo na sua constituição 75,7% (n=56) de famílias com renda inferior à três salários mínimos, 66,1% (n=18) das crianças vão para escola motorizadas (carro, moto ou ônibus). Bremer, Crozier e Lloyd (2016), sugerem que o deslocamento ativo, mais frequente nos estratos sociais menos privilegiados, em vez de refletir a adoção de um hábito saudável, provavelmente decorre de desigualdades na mobilidade urbana em cidades brasileiras. Apesar dos relatos na literatura de que tanto a AF no tempo livre quanto a AF no deslocamento podem promover benefícios à saúde (PITANGA; *et al.*, 2018; BUENO; *et al.*, 2017).

O acompanhamento dos familiares ou responsáveis é importante na vida de crianças com TEA. Com relação a percepção geral de saúde, 86,5% (n=64) dos pais ou responsáveis percebe uma boa saúde nos seus filhos ou das crianças que cuidam. A criança com TEA requer acompanhamento e cuidado por toda a vida, onde a constante busca por estratégias de adaptação familiar é essencial para uma melhor qualidade de vida em ambas as partes (BECKER, 2013; MOSQUERA, 2010). Entende-se que a análise e percepção de pais e profissionais podem ser de grande auxílio para que os escolares se engajem e trabalhem suas dificuldades (LOCKE; MITCHEL, 2016).

Com relação ao efeito do TEA sobre a saúde mental ou emocional verificou-se que 44,4% (n=33) à percebe negativamente e apenas 18,1% (n=14) percebe positivamente esta questão, sendo que os demais da amostra declararam nem positivou ou negativo. Estudos relacionados a com ênfase em saúde emocional de crianças e adolescentes, necessitam de mais investigações, a literatura ainda é escassa. Mas entre os estudos realizados, observa-se que um dos fatores associados ao alto índice de saúde emocional negativa, é o fato do estresse da família ao conceber uma criança com TEA, onde, em casos extremos acontecem rupturas no ambiente familiar, (SIVBERG, 2002). De modo geral, a criança com TEA não se mostram afetuosa, nem observadora (até para notar sua própria mãe). Mas contrariamente, a criança apega-se a objetos, fascinando-se ainda mais pelos giratórios (SZABO, 1995).

Ao analisar a frequência dos comportamentos do sono percebe-se que quase a metade tem dificuldades para realizar um sono tranquilo. No que diz respeito aos aspectos de ter medo de dormir sozinho, está relacionado com a idade da amostra que ainda mantém uma dependência dos pais. Este estudo apresentou uma associação significativa com dormir sozinho e a idade ($p=0,005$), onde os mais novos apresentam um medo maior de ficarem sós. Esses achados, corroboram com dados de Rangel (2015), que realizou um estudo transversal com crianças em idade escolar avaliando a qualidade do sono, encontrando 50,8% da amostra necessitando da presença de alguém para dormir. Para melhorar as condições de qualidade do sono, manter um programa de exercícios físicos é uma boa solução, pois existe uma associação significativa entre AF e manutenção do sono e a sua qualidade (SILVA; *et al.*,2018; KRÜGER, 2019).

Com relação a renda familiar observou-se uma associação significativa com a prática de AF no tempo livre, onde aqueles que declararam renda maior de seis salários mínimos são mais ativos. Rodrigues *et al.* (2017), descrevem que AF está associada aos fatores socioeconômicos, sobretudo a renda, trabalho e escolaridade, de tal modo que grupos sociais de maior renda, maior escolaridade e com melhor status profissional estão mais propensos a se engajarem em atividades físicas no tempo de lazer. Ainda com relação a renda familiar, percebeu-se uma associação significativa com o uso de frequente de medicamentos e frequentarem escola especial, onde as famílias com renda até

três salários consomem mais medicamentos e mantém seu filhos na escola especial.

Quanto aos níveis de TEA, verificou-se uma associação significativa com saber ler e escrever, onde aqueles que estão no nível três neste estudo, não realizam essa habilidade. Crianças classificadas neste nível apresentam déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida a aberturas sociais que partem de outros (DSM-V, 2013). Verificou-se neste estudo também, que os níveis de TEA, também estão associados a realização de estereotípias, onde aqueles que estão no nível três apresentam maior quantidade de estereotípias. O DSM-V (2013), descreve que quanto aos comportamentos repetitivos, existe uma inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos, interferindo acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Nota-se grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou nas ações.

Na associação entre níveis de TEA e o tempo de tela, observou-se que aqueles que apresentam nível 3 de TEA, passam menos tempo nessas atividades. Isso pode estar relacionado com a dificuldade e o tipo de apoio que essas crianças necessitam para a utilização de equipamentos de mídia. Para essas crianças as famílias podem selecionar atividades de tela mais adequadas, aprendendo como interagir e estabelecer limites para sua utilização. As telas abriram um mundo de aprendizagem e comunicação para pessoas com TEA, programas interativos podem ser motivadores e melhorar os níveis de independência (WESTBY, 2020).

As AVDs são fatores importantes do EV. Neste estudo verificou-se uma associação significativa com nível de TEA e os níveis de alfabetização, os quais influenciaram diretamente sobre a independência e autonomia de indivíduos com TEA. Os escolares com nível três são os que apresentam maiores dificuldades em realizar estas tarefas. Gobbo; Barbosa e Mafort (2018), descrevem que em casos de TEA mais severos o desenvolvimento das AVDs acaba se tornando mais importante do que a aquisição de leitura, pois a autonomia dessas pessoas se torna imprescindível para terem uma qualidade de vida melhor. Um dos diferenciais do processo é alfabetizar enquanto

são ensinadas AVDs que precisam ser realizadas diariamente de forma independente.

As condições do estilo de vida podem determinar aspectos negativos ou positivos na vida das pessoas. A possibilidade das crianças e adolescentes com TEA de frequentarem a escola regular, com certeza irá proporcionar uma melhor interação social e comunicação para estes indivíduos. Entretanto, a participação da família, comunidade escolar e a sociedade, deverão oportunizar as condições necessárias para estas conquistas.

8. CONCLUSÃO

O estudo se propôs a descrever o estilo de vida de crianças e adolescentes com TEA matriculados na rede de ensino básica da cidade de Pelotas/RS.

Verificou-se que as mães tem uma boa participação na vida de seus filhos, sendo elas que majoritariamente descreveram a percepção sobre o EV das crianças. A renda familiar baixa, traz maiores dificuldades para aqueles que estão no nível três de TEA desenvolverem as suas atividades diárias, estando associada ao uso de medicamentos, tipo de escola, prática de AF e movimentos estereotipados e repetitivos.

Assim como em outros estudos citados, o consumo de medicamentos está presente neste grupo, sendo que os antipsicóticos e ansiolíticos foram os mais utilizados.

Quanto ao tempo de diagnóstico, o estudo verificou que os resultados indicam uma diminuição deste tempo, que pode estar relacionado com a melhoria da avaliação.

Em relação aos níveis de TEA, verifica-se uma associação com às crianças no nível três, as quais tem maiores dificuldade em realizar as AVDs, não sabem ler e escrever, necessitam atendimento especializado no contra turno escolar e apresentam menor tempo frente às telas no tempo livre.

Os comportamentos estereotipados e repetitivos estão presentes no cotidiano das crianças e adolescentes com TEA, assim como a dificuldade em

realizar as AVDs, que indicam que esses indivíduos necessitem de auxílio dos pais ou responsáveis.

Dos participantes deste estudo a grande maioria frequentam escola regular, possibilitando o seu desenvolvimento em um ambiente inclusivo. Entretanto, a participação nas aulas de EF na escola ainda é um espaço frequentado pela metade dos alunos. Estimular a participação em ambientes ativos e com a presença de outras crianças, poderá interferir na melhoria das suas habilidades físicas e sociais.

As práticas de AF no tempo livre, acompanham os achados da maioria dos estudos, onde crianças com TEA apresentam baixos níveis de práticas. Mesmo com as barreiras encontradas, estimular a aderência a práticas de AF em ambientes saudáveis, deverá melhorar o desenvolvimento harmônico dessas crianças.

Quanto ao tempo de tela excessivo encontrado no estudo, acende um alerta para que os pais possam de alguma forma colocar limites e organizar de forma coerente essa atividade, evitando prejuízos no seu desenvolvimento global.

No geral os pais percebem uma boa condição de saúde de seus filhos. Entende-se que mais investigações neste aspecto sejam feitas, pois os estudos na área ainda são poucos.

A percepção dos pais sobre o estilo de vida de seus filhos, pode trazer subsídios aos professores e profissionais da área, a fim de que conheçam a realidade dessas crianças e adolescentes. A partir daí, será possível desenvolver um planejamento adequado no atendimento pedagógico e clínico desse grupo. A literatura já apresenta uma boa quantidade de estudos descritivos na maioria dos aspectos do TEA, entretanto, torna-se necessário investir em pesquisas de intervenção para que se possa entender as necessidades reais destas crianças e adolescentes.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCIATI, A.C. Alunos deficientes em escolas regulares: inclusão ou exclusão? 2011. 48f. Especialização (Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão) – Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília 2011.

ALMEIDA R. M. C. S., & BARATA, R. B. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cadernos Metrópole**, v. 18, n. 36, p. 401-420, 2016.

ALMEIDA, T., LOBATO, L., DE OLIVEIRA, R. A. R., & FERREIRA, E. F. Nível de Nível de atividade física em crianças com indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)*, v.11 p.70, 791-800. 2017

APS. **American Psychiatric Association. Autism Spectrum Disorder** [Fact Sheet]. American Psychiatric Association. 2013

ALVES, M.L.T.; DUARTE E.; Os caminhos percorridos pelo processo inclusivo de alunos com deficiência na escola: uma reflexão dos direitos construídos historicamente. 2011.

ARANHA, M. D. F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, v.11 n.21. 2011.

BACIL, E.D.A. *et al*, Fidedignidade de um questionário de comportamento sedentário em escolares. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, v.31 n.3 p. 1-10, jul./set., 2018.

BANDINI L.G.; GLEASON J.; CURTIN C., *et al*. Comparison of physical activity between children with autism spectrum disorders and typically developing children. *Autism*. Jan 2013;17(1):44-54.

BARBOSA, M. R. P.; FERNANDES, F. D. M. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico. **Revista da sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, n. 4, p. 482-486, 2009.

BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F. A experiência de ter um filho com deficiência mental: narrativas de mães. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2141-2150, 2008.

BATTISTI, M. *et al*. Percepção da imagem corporal associada ao estado nutricional de crianças e adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, 2017.

BECKER, C.J.. Modificação na vida de mães com filhos autistas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2013.

BIFF, D.; *et al*. Percepções sobre o autismo sob a ótica das mães. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019.

BOATOS, E.M. Intervenção corporal para autistas. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9394/96. Brasília: Centro Gráfico, 2002.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 43/2004 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1998.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. Declaração de Salamanca e Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais. Brasília: CORDE, 1994.

BREMER, E.; CROZIER, M.; LLOYD, M. A systematic review of the behavioural outcomes following exercise interventions for children and youth with autism spectrum disorder. **Autism**, v. 20, n. 8, p. 899-915, 2016.

BUENO, H.M. et al. Bicycling for transportation improves heart rate variability in young adults. **The Journal of sports medicine and physical fitness**, v. 57, n. 3, p. 299-304, 2017.

BUCKHALT, J. A. Sleep and cognitive functioning in children with disabilities. **Exceptional Children**, v. 79, n. 4, p. 391-405, 2013.

BURGOS, M.S, *et al.* Estilo de vida: lazer e atividades lúdico-desportivas de escolares de Santa Cruz do Sul. **Revista Brasileira Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v.23, n.1, p.77-86, jan./mar. 2009.

CABRAL, C.S.; MARIN, A.H. Inclusão escolar de crianças com transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática da literatura. **Educação em revista**, v. 33, 2017.

CAETANO, I.T, et al. Associação do sexo, rede de ensino e turno escolar com os níveis de intensidade das atividades diárias de crianças medidos por acelerometria. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. 2017;v. 39 n.3 p.299-306.

CAMPAGNOLO, P.D.B., MÁRCIA R.V., GAMA C.M. Fatores Associados ao Hábito de Assistir TV em Excesso Entre Adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** – Vol. 14, N. 3 – Mai/Jun, 2008.

CARITA, A., CARVALHO, C. L. E. Qualidade inclusiva da escola: Representações da comunidade educativa de uma escola frequentada por um aluno com Síndrome de Asperger. 2017.

CARMO, M.A.; ZANETTI, A.C.G.; SANTOS, P.L. O ambiente familiar e o desenvolvimento da criança com autismo. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 206-215, 2019.

CENSO ESCOLAR, Educação Básica. Resumo técnico. **Brasília: INEP**, 2013.

CERQUEIRA, M.T.A., Currículo funcional na educação especial para o desenvolvimento do aluno com deficiência intelectual de 12 a 18 anos. **Programa de Desenvolvimento Educacional da Secretaria do Estado do Paraná**. Curitiba. 2008

CIDAV, Z.; MARCUS, S. C.; MANDELL, D.S. Implications of childhood autism for parental employment and earnings. **Pediatrics**, v. 129, n. 4, p. 617-623, 2012.

COELHO, C.M.; SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. C. Trabalhadores com deficiência: vivências de prazer e sofrimento. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 20, 2014.

COELHO, L. F.; SIQUEIRA, J. H.; MOLINA, M. C. B. Estado nutricional, atividade física e tempo de tela em escolares de 7-10 anos: um estudo de intervenção em Vitória-ES. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 4, p. 1067-1083, 2016.

COLE. T.J. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*. 320: 1-6, 2000.

CONVENÇÃO da GUATEMALA. Disponível em: <http://www.faders.rs.gov.br/legislacao/6/29> Acessado em 12/05/2019.

COOGLE, C.G.; GUERETTE, A.R.G.; HANLINE, M.F. Early intervention experiences of families of children with an autism spectrum disorder: A qualitative pilot study, *Early Childhood Research & Practice*, v.15, n.1, p.1-13, 2013.

CORTEZ R.M.; FANTACINI, R.A.F.; LESSA, T. C.R.. Estudos recentes sobre alfabetização e letramento para o aluno com deficiência intelectual. **Research, Society and Development**, v. 7, n. 7, p. 5, 2018.

COSSIO, A.P.; PEREIRA, A.P.S; RODRIGUEZ, R.C.C. Benefícios e nível de participação na intervenção precoce: perspectivas de mães de crianças com perturbação do espectro do autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 23, n. 4, p. 505-516, 2017.

CRUZ, A.R. *et al.* Percepção de qualidade de sono e de vida em atletas paralímpicos: comparação entre atletas com deficiência física e visual. **Journal of Physical Education**. v. 28, e2835, 2017.

SILVA, A.L.; COMPORTAMENTO ESTEREOTIPADO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. **DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. 1, p. 96-108, 2020.

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

DA SILVA, M.F.B. Diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista-TEA Definição de critérios e considerações sobre a prática. **Diagnóstico**, 2018.

DA SILVA, M.M.; NUNES, C.A.; SOBRAL, M.S.C. A Inclusão Educacional de Alunos com Autismo: Desafios e Possibilidades. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 43, p. 151-163, 2019.

DE ALMEIDA, T. *et al.* Nível de atividade física em crianças com indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)**, v. 11, n. 70, p. 791-800, 2017.

DE MORAES P.M. de L. Contribuições da educação física escolar na inclusão de alunos com Transtorno Do Espectro Autista (TEA) no ensino público regular do estado de São Paulo—um estudo de caso.

DEL DUCA, G. F. *et al.* Atividades físicas no lazer entre adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo populacional sobre as características das práticas e de seus praticantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4595-4604, 2014.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V), 2013, **Washington: American psychiatric association.**

DIAS, P.J.P. *et al.* Prevalência e fatores associados aos comportamentos sedentários em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 266-274, 2014.

FARIAS, E.S.; DE SOUZA, L.G.; DOS SANTOS, J.P. Estilo de vida de escolares adolescentes. **Adolescência e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 40-49, 2016.

FELICÍSSIMO, M. F. *et al.* Prevalência e fatores associados ao autorrelato de deficiência: uma comparação por sexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 147-160, 2017.

FONSECA, A.A. *et al.* Prevalência e fatores associados à obesidade em alunos com deficiência das escolas municipais de Montes Claros-MG. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, n. 70, p. 224-230, 2018.

GARCIAS, L.M. **Teacher's perception about barriers, facilitators and strategies for inclusion of students with disabilities in physical education classes.** 2019. 101f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

GAYA, A. **Projetos de pesquisa científica e pedagógica: o desafio da iniciação científica.** Belo Horizonte: Casa da educação física, 2016.

GOBBO, M.R.M.; BARBOSA, C. R. S. C.; MAFORT, F. **Interfaceando com o Espectro Autista.** In: **Anais Estendidos do XVII Simpósio Brasileiro sobre Fatores Humanos em Sistemas Computacionais.** SBC, 2018.

GODOY, M.A.B., ALMEIDA, M.A. **Implicações dos distúrbios respiratórios do sono em alunos com deficiência intelectual: revisão sistemática.** **PERIFERIA educação cultura e comunicação.** v.9 n.1 jan-jun. 2017

GEHRICKE, J.G. *et al.* **Physical activity rates in children and adolescents with autism spectrum disorder compared to the general population.** **Research in Autism Spectrum Disorders,** v. 70, p. 101490, 2020.

GONDIM, F.J.P.; *et al.* **Physical activity as discriminator of the absence of hypertension in adult men.** **Revista Brasileira de Medicina do Esporte,** v. 20, n. 6, p. 456-460, 2014.

GOMES, P.T.M *et al.* **Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática.** **Jornal de pediatria,** v. 91, n. 2, p. 111-121, 2015.

GONÇALVES, W.R.D.; *et al.*, **Barreiras e facilitadores para a prática de atividades físicas em crianças e adolescentes com Transtorno Do Espectro Autista de Uruguaiana–RS.** **Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada,** p. 17-28, 2019.

GOZAL, D. **Sleep-disordered breathing and school performance in children.** **Journal Pediatrics,** Illinois, v. 102, n.3, p. 616–620, 1998

GREGUOL, M. **Atividades físicas e esportivas e pessoas com deficiência.** **Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil.** 2017.

GREGUOL, M.; GOBBI, E.; CARRARO, A. **Formação de professores para a educação especial: uma discussão sobre os modelos brasileiro e italiano.** **Revista Brasileira de Educação Especial,** v. 19, n. 3, p. 307-324, 2013.

GRIESI-OLIVEIRA, K.; SERTIÉ, A.L. **Transtornos do Espectro Autista: um guia atualizado para aconselhamento genético.** **Einstein (São Paulo),** v. 15, n. 2, p. 233-238, 2017.

GROSSI, M.G.R.; GROSSI, V. G.R.; GROSSI, B.H.R. O processo de ensino e aprendizagem dos alunos com TEA nas escolas regulares: uma revisão de teses e dissertações. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 20, n. 1, p. 12-40, 2020.

HALLAL, P. C *et al.* Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1277- 1287, 2006.

HAX G.P. Estilo de Vida de Adolescentes com Transtorno Autista, Universidade Federal de Pelotas; 2012.

HUANG, H. *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder with obstructive sleep apnoea: a treatment outcome study. **Journal Sleep Medicine**, Darien, v. 8, p. 18-30, 2007.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Medidas De Atividade Física Em Crianças E Adolescentes Com Deficiência: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 1, p. 64-68, 2012.

JONES, R. A. *et al.* **Physical activity, sedentary behavior and their correlates in children with autism spectrum disorder: a systematic review.** **PLoS one**, v. 12, n. 2, (2017).

JUNG, L.G. Cotidiano da prática de atividade física de crianças e jovens com deficiências da Rede Municipal de Pelotas - RS. **MOVIMENTO**. Porto Alegre, v. 19, n. 02, p. 207-226, abr/jun de 2013.

KUMMER, A. *et al.* Frequência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes com autismo e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 71-77, 2016.

KREMER, M.M., Intensidade e duração dos esforços físicos em aulas de educação física curriculares [dissertação]. **Pelotas: Universidade Federal de Pelotas**, 2010.

KRÜGER, G.R.; *et al.* O efeito de um programa de atividades rítmicas na interação social e na coordenação motora em crianças com Transtorno Do Espectro Autista. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-5, 2018.

KRÜGER, G.R. *Atividade física: Níveis e barreiras para prática em crianças com autismo de Pelotas, RS.* 2015. Dissertação. Curso de Mestrado em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

KRÜGER, G.R. O efeito de um programa de exercício físico nos comportamentos de autoagressão, estereotípias e agressão, habilidades motoras e qualidade do sono de crianças com Transtorno Do Espectro Autista (TEA) Pelotas-RS. Pelotas. 111f. 2019. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em educação física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas

LEITE, G. G.; CAMPOS, J. A.P.P. Perfil escolar de estudantes com deficiência na Educação de Jovens e Adultos, nível ensino médio. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 30-1-16, 2019.

LENHARD, G.R., MANTA S.W., PALMA L.E. A prática de atividade física na história de vida de pessoas com deficiência física. **Revista da Educação Física /UEM**, v. 23, n. 1, p. 45-56, 1. trim. 2012.

LIMA, S.M. & LAPLANE, A.L.F. **Escolarização de Alunos com Autismo**. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v. 22, n. 2, p. 269-284, Abr.-Jun., 2016.

LOCKE, K.D.; MITCHELL, G.E. Self-perceptions, parent-perceptions, and meta-perceptions of the interpersonal efficacy of adolescents with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 31, p. 19-29, 2016.

LOPES, L.V.C.F.; *et al.* Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, seu Protocolo Facultativo e a Acessibilidade. 2009.

LOUREIRO, A.A. Conselho Científico. Transtorno do Espectro do Autismo.

LOURENÇO, B. D. S.; *et al.* Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: uma revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. **Atividade física em saúde mental**. V. 21.n 3.2016.

LOURENÇO, C.C.V.; *et al.* Avaliação dos efeitos de programas de intervenção de atividade física em indivíduos com transtorno do espectro do autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 21, n. 2, p. 319-328, 2015.

MACEDO, P. C. M. Deficiência física congênita e saúde mental. **Revista da SBPH**, v. 11, n. 2, p. 127-139, 2008.

MACIEL, M. R. C. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. **São Paulo em perspectiva**, v. 14, n. 2, p. 51-56, 2000.

MAGALHÃES, C.J.S.; *et al.* Práticas inclusivas de alunos com TEA: principais dificuldades na voz do professor e mediador. **Revista online de Política e Gestão Educacional**, p. 1031-1047, 2017.

MANEETON, N.; *et al.* Risperidone for children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic review. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 14, p. 1811, 2018.

MARQUES, A. C.; NAHAS, M. V. Qualidade de vida de pessoas portadoras de Síndrome de Down, com mais de 40 anos, no Estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 2, p. 55-62, 2008.

MARQUES, C.S.; MARQUES, M.L.; MAIA, L.F.S. Transtorno do Espectro Autista. **Revista Atenas Higeia**, v. 2, n. 2, p. 15-21, 2020.

MARTELETO, M.R.F.; TAMANAHA, A.C.; PERISSINOTO, J. A Interferência de Comportamentos Atípicos em Habilidades de Adaptação Social nas Crianças do Espectro Autístico.

MARTINEZ, D. **Prática da medicina do sono**. São Paulo: BYK, 1999.

MARTINS, A.M.E.B.L.; *et al.* Elaboração de um instrumento de alfabetização em saúde quanto à prática de atividade física entre diabéticos. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2018. Vol. Sup.12, S1202-S1213.

MATHESON D. M.; *et al.* Children's food consumption during television viewing. *Am J Clin Nutr.* 2004; v. 79 n.1 p.1088-94.

MAZUREK, M. O.; ENGELHARDT, C. R. Video game use and problem behaviors in boys with autism spectrum disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 7, n. 2, p. 316-324, 2013.

McARDLE, W.D., KATCH, F.I., KATCH, V.L. Fisiologia do exercício, energia, nutrição e performance humana. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, 695p.

MELETTI S.M.F. **A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais no sistema regular de ensino no município de Londrina**. 2009.

MELO, S.; *et al.* Escolarização de alunos com autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, 2016.

MEMARI A.H.; *et al.* Physical activity in children and adolescents with autism assessed by triaxial accelerometry. *Pediatr Obes.* Apr 2013;8(2):150-158.

MEMARI, A. H. *et al.* Children with Autism Spectrum Disorder and Patterns of Participation in Daily Physical and Play Activities. **Neurol Res Int**, v. 2015, p. 531906, 2015. ISSN 2090-1852 .

MILLÉO, A. GAZETA DO POVO. "Crianças grudadas no smartphone têm risco de desenvolver sintomas semelhantes ao autismo" . Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/criancas-grudadas-no-smartphone-estao-em-risco-de-autismo/>. Acessado em: 19/09/2020.

MONTEIRO, P. VICTORA C. BARROS F., Fatores de risco sociais, familiares e comportamentais para obesidade em adolescentes. **Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** v.16 n.4, 2004.

MONTES, G. Children with autism spectrum disorder and screen time: Results from a large, nationally representative US study. **Academic pediatrics**, v. 16, n. 2, p. 122-128, 2015.

MOSQUERA, C.F.; TEIXEIRA, R.M.M. O Diagnóstico do autismo e a construção da linguagem no ensino da arte inclusivo. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**. 2010;

MOURA L. N. VALÉRIO. A família da criança deficiente. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo, v. 3, n. 1, p. 47-51, 2003

NAHAS, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo/ 7ed. Florianópolis. Ed. do Autor. 2017

OLIVEIRA, É.M.; *et al.* O impacto da psicomotricidade no tratamento de crianças com transtorno do Espectro Autista: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 34, p. e1369-e1369, 2019.

OLIVEIRA, C.M. MINHA VIDA. **Qual profissional da área médica é mais indicado para dar um diagnóstico de tea, psiquiatras, neurologistas ou qual?? Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/saude/perguntas/72100-qual-profissional-da-area-medica-e-mais-indicado-para-dar-um-diagnostico-de-tea-psiquiatras-neurologistas-ou-qual>**. Acessado em 19/09/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm> . Acessado em 15/09/2018.

OZONOFF, S., *et al.* Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 644-656, (2008).

PACHECO A.V.; SOUZA J.A. Terapia Ocupacional: Atividades de vida diária e instrumental da vida diária no cotidiano escolar. Disponível em: <https://gcpstorage.caxias.rs.gov.br/documents/2019/02/e53af697-6532-402e-99d1-c305f4ce3dba.pdf> Acesso em 15/05/2019.

PAN C.Y, FREY G.C. Physical activity patterns in youth with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. Jul 2006;36(5):597-606.

PEREIRA C. M.R.B., Carloto D. R. Reflexões sobre o papel social da escola. **Revista de Estudos e Pesquisas em Ensino de Geografia Florianópolis**, v. 3, n. 4, Maio/2016.

PEREIRA, B.; *et al.* Children's Life Routines and Physical Activity. Why Children don't go to School by Walking or Bicycle. **Motricidade Infantil**. 2018.

PEREIRA, M.L.; BORDINI, D.; ZAPPITELLI, M. C. Relatos de mães de crianças com Transtorno Do Espectro Autista em uma abordagem grupal. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, 2017.

PEREIRA, P.A.; LOPES, L. C. Obesidade infantil: estudo em crianças num ATL. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 42, p. 105-125, 2016.

- PINTO, L. L.T. et al. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 819-828, 2014.
- PITANGA, F.J.G.; MATOS, S.; ALMEIDA, M.; AQUINO, E.. Atividade física no tempo livre, porém não atividade física no deslocamento, está associada com risco cardiovascular em participantes do ELSA-Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**.vol: **110 no.1 p- 217-232 (2018)**
- PORTES, L.A. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. **Revista de Estilo de vida**.Editorial. 2011;v.1, n.1. p. 8-10.
- RANGEL, M.A. *et al.* Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 31, n. 4, p. 256-264, 2015.
- RECHINELI, A. et al. Corpos deficientes, eficientes e diferentes: uma visão a partir da educação física. **Rev. bras. educ. espec**, v. 14, n. 2, p. 293-310, 2008.
- REINEHR, T. et al. Obesity in disabled children and adolescents: an overlooked group of patients. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 107, n. 15, p. 268, 2010.
- REUTER, C.P. et al., Indicadores de atividade física e sedentarismo associados ao sobrepeso/obesidade em escolares. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc**. Ano 16 - Volume 16 - Número 2 - Abril/Junho 2015.
- RICCO, A.C. Efeitos da atividade física no autismo. 2017.
- RIMMER, J. H.; MARQUES, A.C. Physical activity for people with disabilities. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 193-195, 2012.
- RIBEIRO, M. C. A.; BARATA, R.B. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cadernos Metrópole**. v. 18, n. 36, p. 401-420, 2016.
- ROCHA, K. Intervenção Motora Adaptada Com Criança Com Transtorno Do Espectro Autista.2019.
- RODRIGUES, P.A.F.; *et al.* Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 22, n. 3, p. 217-232, 2017.
- 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**, v. 27, n. 2, p. 302-316, 2019.

- ROSSI, C.E. *et al.* Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista de Nutrição**. Campinas, n.23 v. 4 p.607-620, jul./ago., 2010.
- SANTOS, V.; ELIAS, N. C. Caracterização das Matrículas dos Alunos com Transtorno do Espectro do Autismo por Regiões Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 24, n. 4, p. 465-482, 2018.
- SCHMIDT, C.; BOSA, C. **A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo**. Interação em Psicologia, v. 7, n. 2, 2003.
- SEABRA A.F.; MENDONÇA D.M.; THOMIS M.A.; ANJOS L.A.; MAIA J.A. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cad Saúde Pública* 2008;24(4).
- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. **conceito de saúde**. 1997.
- SERON, B. B.; *et al.* Prática de atividade física habitual entre adolescentes com deficiência visual. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE**, V. 26, N. 2, P. 231-239, 2012.
- SERON, B.B.; DE ARRUDA, G.A; GREGUOL, M. Facilitadores e Barreiras Percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora. **REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DO ESPORTE**, V. 37, N. 3, P. 214-221, 2015.
- SILUK, C.P.; Formação de professores para o atendimento educacional especializado/Santa Maria: **Universidade Federal de Santa Maria**, 2011.
- SILVA, W.N.; ROCHA, A. N. D. C. ; FREITAS, F. P. M. Perfil de crianças com Transtorno Do Espectro Autista em relação à independência nas atividades de vida diária. **REVISTA DIÁLOGOS E PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**, v. 5, n. 2, p. 71-84, 2018.
- SILVA, A. P. **Atividade Física e Transtorno do Processamento Sensorial em crianças e jovens com Transtorno do Espectro Autista**. 2018. 46 f. Dissertação de Mestrado – Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2018
- SILVA, F.G. *et al.* Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire-validation and cross-cultural comparison. **Jornal de pediatria**, v. 90, n. 1, p. 78-84, 2014.
- SILVA, E.M.B. *et al.* Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 17, p. 63-72, 2018.
- SILVA, L.M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista brasileira de educação**, v. 11, n. 33, p. 424-434, 2006.

- SILVA, M.; MULICK, J.A. Diagnosticando o transtorno autista: Aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia ciência e profissão**, v.29, n. 1, p. 116-131, 2009.
- SILVA, M. V.T. *et al.* Trajetórias escolares de alunos com Transtorno do Espectro Autista e expectativas educacionais das famílias. 2014.
- SILVA, W.N.; ROCHA, A.N.D.C.; FREITAS, F.P.M. Perfil de crianças com transtorno do espectro autista em relação à independência nas atividades de vida diária. **REVISTA DIÁLOGOS E PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**, v. 5, n. 2, p. 71-84, 2018.
- SILVEIRA, J. R. Capacidade Funcional, Atividades de Vida Diária, Atividade Física, Estilo de Vida e Deterioração Cognitiva de pessoas com Síndrome de Down maiores de 20 Anos. 2016. 76 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2016
- SLOBODIN, Ortal; HEFFLER, Karen Frankel; DAVIDOVITCH, Michael. Screen media and autism spectrum disorder: A systematic literature review. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 40, n. 4, p. 303-311, 2019.
- SIVBERG B.; Family system and coping behaviours: a comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism*. 2002;6(4):397-409
- SOUZA, F. B.; MALDANER, O. A. A significação conceitual no início da escolarização das crianças. **IX Anped Sul-Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul**, 2012.
- SOUZA, G.G.L.; *et al.* A neurociência e a educação: como nosso cérebro aprende?. 2016.
- SZABO, C.B. Autismo em questão. São Paulo: MAGEART, 1995, 117 p.
- THOMAS, J. R.; NELSON, J.K.; SILVERMAN, S.J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Artmed Editora, 2009.
- TATSUMI, Y. *et al.* Daytime physical activity and sleep in pre-schoolers with developmental disorders. **J Paediatr Child Health**, v. 51, n. 4, p. 396-402, Apr 2015. ISSN 1034-4810.
- VASCONCELLOS, M. B.; ANJOS, L. A.; VASCONCELLOS, M. T. L. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da Rede Pública de Ensino Fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 713-722, 2013.
- VICTORINO, S. V. Z. *et al.* Promoção da Saúde: adesão municipal às ações de combate ao sobrepeso e obesidade infanto-juvenil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1-8, 2019.

ZAMFIR, M. T. **O consumo de ambiente virtual mais de 4 horas / dia, em crianças de 0-3 anos de idade, pode causar síndrome semelhante ao desordem do espectro do autismo.** Editora Arhipelag XXI. p- 953-968,2018.

WACHOB, D.; LORENZI, D. G. Brief Report: Influence of Physical Activity on Sleep Quality in Children with Autism. **J Autism Dev Disord**, v. 45, n. 8, p. 2641-6, Aug 2015. ISSN 0162-3257.

WADDINGTON, H.; *et al.* Child and Family Characteristics Associated with Sleep Disturbance in Children with Autism Spectrum Disorder. **Journal of autism and developmental disorders**, 2020.

WESTBY, C. **Screen Time and Children with Autism Spectrum Disorder.** *Folia Phoniatria et Logopaedica*, p. 1-8, 2020.

WILLIAMS, C.; WRIGH, B. Convivendo com autismo e síndrome de asperger: estratégias práticas para pais e profissionais. São Paulo: M. Books do Brasil, 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic* (No. 894), Geneva: *World Health Organization*.

10. Anexos

ANEXO 1 TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 2 TERMO DE ASSENTIMENTO

ANEXO 3 INSTRUMENTO DA PESQUISA

ANEXO 4 IDENTIDADE VISUAL DA PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Bianca Pagel Ramson

Instituição: Universidade Federal de Pelotas - Escola Superior de Educação Física

Endereço: Rua Luiz de Camões, 625, CEP 96055-630, Pelotas - RS

Telefone: (53) 3273-2752

Concordo em participar do estudo "**Estilo de vida de escolares Transtorno do Espectro Autista de Pelotas/RS**".
Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo.

PROCEDIMENTOS: Fui informado de que o objetivo geral será: *descrever o estilo de vida escolares com deficiências e Transtorno do Espectro Autista matriculados na rede pública municipal de Pelotas/RS*, cujos resultados serão mantidos em sigilo e somente serão usadas para fins de pesquisa.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Fui informado que os riscos são mínimos. Entretanto, na presença de constrangimento ou na minha solicitação os testes serão interrompidos, assim como, na ocorrência de algum acidente o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) será imediatamente acionado.

BENEFÍCIOS: O benefício de participar da pesquisa relaciona-se ao fato de que os resultados serão incorporados ao conhecimento científico e posteriormente a situações de ensino-aprendizagem na prática inclusiva.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM: Não serão utilizadas imagens dos participantes.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante/representante legal: _____

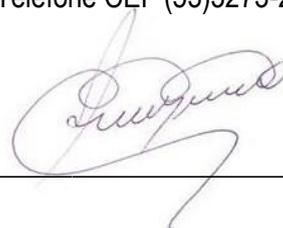
Identidade: _____

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo pode entrar em contato através do meu endereço acima. Para outras considerações ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPel – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone CEP (53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Prof. Alexandre Carriconde Marques



TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Pesquisador responsável: Bianca Pagel Ramson

Instituição: Universidade Federal de Pelotas - Escola Superior de Educação Física

Endereço: Rua Luiz de Camões, 625, CEP 96055-630, Pelotas - RS

Telefone: (53) 3273-2752

Fui convidado/a para participar da pesquisa “*Estilo de vida de escolares com Transtorno do Espectro Autista*”. Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo. Meus pais ou responsáveis permitiram que você participe.

PROCEDIMENTOS: Fui informado de que o objetivo geral será: *descrever o Estilo de vida de escolares com deficiências e Transtorno do Espectro Autista matriculados na rede pública municipal de Pelotas/RS*”.

SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES: A escolha dos participantes será realizada através de contato com a Secretaria de Educação, a qual indicou as escolas que poderiam participar do estudo.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Fui informado que os riscos são mínimos. Entretanto, na presença de constrangimento ou na minha solicitação os testes serão interrompidos, assim como, na ocorrência de algum acidente o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) será imediatamente acionado.

AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM: Não serão utilizadas imagens dos participantes.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de consentimento pré-informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do aluno participante: _____

Nome do representante legal: _____

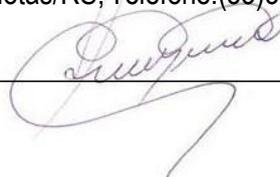
Identidade do representante legal: _____

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPel – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone:(53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Prof. Alexandre Carriconde Marques





As pessoas com deficiência estão vivendo mais e de forma mais sadia. Seu estilo de vida tem mudado e aumentado suas oportunidades de educação, emprego, lazer e integração. Porém, pouco se conhece dos hábitos de vida dessas pessoas em nossa região; para tanto, pretende-se realizar uma pesquisa, cujo objetivo, nesta primeira etapa, é cadastrar e caracterizar o **Estilo de Vida de Escolares com e Transtorno do Espectro Autista matriculados na rede básica de Pelotas**. O preenchimento adequado destas perguntas vai permitir analisar o estilo de vida e oferecer informações que possam contribuir de alguma forma, para a melhoria do seu estilo de vida.

• **Instruções para o preenchimento:**

- **Este questionário deve ser respondida pelos pais, parentes ou responsáveis pela criança ou adolescente com deficiência ou Transtorno Do Espectro Autista, pois as questões se referem ao estilo de vida fora do ambiente escolar;**
- **Não existem respostas certas ou erradas, não se trata de um teste;**
- **As informações serão mantidas em sigilo;**
- **Procure responder com atenção todos os itens evitando respostas em branco.**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DE QUEM RESPONDEU O QUESTIONÁRIO

1. Qual sua relação com o entrevistado?
 Pai
 Mãe
 Irmão
 Professor
 Médico
 Outro
2. Fone contato:..... (opcional)

DADOS FAMILIARES

As próximas informações referem-se sobre os familiares que convivem com a criança com TEA. Os dados são coletados apenas para contextualização da pesquisa.

3. Qual a idade do PAI? * _____
4. Se o pai for falecido, assinale aqui *
 Falecido
 Não se aplica
5. Até que série o pai estudou? * _____
6. Qual a idade da MÃE? * _____
7. Se a mãe for falecida, assinale aqui *
 Falecida
 Não se aplica
8. Qual a situação atual dos pais? *
 Casados
 Moram juntos mas não são casados
 Separados
9. Grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio: *
 Não alfabetizado
 Fundamental incompleto
 Fundamental completo
 Médio incompleto
 Médio completo
 Superior incompleto
 Superior completo
 Pós-Graduação
10. Levando em conta todas as pessoas que moram na casa e trabalham, qual a renda mensal da família? *

- Menos de um salário mínimo
- De um a três salários mínimos
- De quatro a seis salários mínimos
- De sete a nove salários mínimos
- Mais de nove salários mínimos

11. Em que local você mora? *

- Zona Urbana
- Zona Rural

INFORMAÇÕES DA CRIANÇA

12. Data de nascimento da criança com TEA: _____

13. Cor da pele dele(a):

- Branca
- Negra ou Parda
- Prefiro não declarar
- Outra

14. Sexo dele (a) :

- Masculino
- Feminino

15. Altura da criança (em centímetros) : _____

16. Peso da criança (medida em quilogramas): _____

17. Qual idade ele(a) recebeu o diagnóstico de TEA? _____

18. Quem informou sobre o diagnóstico: _____

19. De acordo com o diagnóstico , qual o nível de TEA dele (a)?

- Nível leve (grau 1)
- Nível moderado (grau 2)
- Nível severo (grau 3)
- Não sabe

20. Além do TEA , a criança apresenta alguma outra deficiência diagnosticada?

- Sim
- Não

21. Qual outra deficiência dele (a)?

- Déficit Intelectual
- Deficiência Visual
- Deficiência Auditiva
- Deficiência Física
- Não se aplica

22. A criança tem algum problema de saúde diagnosticado pelo médico?

- Sim
- Não

23. Caso tenha respondido sim, qual ou quais problemas ele (a) apresenta: _____

24. De forma geral ele(a) faz uso de algum tipo de medicamento de uso contínuo:

- Medicamentos Antidepressivos
- Medicamentos Ansiolíticos
- Medicamentos para Pressão
- Medicamentos para Dormir
- Outros
- Não faz uso de medicamentos

ESTEREOTIPIAS E COMPORTAMENTOS REPETITIVOS:

25. Ele (a) apresenta movimentos repetitivos , rítmios e sem objetivo específico (ex: jogar o corpo para frente e para trás, fazer movimentos de abano com as mãos ao redor da cabeça, fica batendo com os dedos na mesa, etc.?)

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

26. Ele (a) fica em posições e posturas estranhas ou diferentes:

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

27. Ele (a) resiste em mudar sua rotina habitual (ex: segue sempre o mesmo caminho para ir à escola)

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

28. Ele (a) demonstra criatividade em suas atividades ou repete comportamentos já realizados:

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

INFORMAÇÕES EDUCACIONAIS DA CRIANÇA

29. Qual tipo de escola ele(a) frequenta?

- Escola Pública Municipal
- Escola Pública Estadual
- Escola Pública Federal
- Escola Particular
- Escola Especial

30. Em que série/ano ele (a) está? _____

31. Ele(a) sabe ler e escrever? Sim Não

32. Ele (a) frequenta a sala de recursos ou escola especializada?

- Não
- Sala de Recursos
- Escola Especial
- Sala de recursos e escola especial

33. Participa de algum tipo de atendimento educacional especializado?

- Fisioterapia
- Terapeuta Ocupacional
- Fonoaudiologia (
- Psicólogo
- Musico terapeuta
- Equoterapia
- Outro: _____

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

34. Com relação ao grau de independência, *quando está em casa*, marque o nível de capacidade para realizar *sozinho* as seguintes tarefas diárias. Marque apenas uma opção.

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|--|------------------------------|
| a. alimentar-se | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> com dificuldade | <input type="checkbox"/> não |
| b. vestir-se | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> com dificuldade | <input type="checkbox"/> não |
| c. higiene pessoal | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> com dificuldade | <input type="checkbox"/> não |
| d. arrumar-se / pentear-se | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> com dificuldade | <input type="checkbox"/> não |
| e. banhar-se | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> com dificuldade | <input type="checkbox"/> não |
| f. caminhar | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> com dificuldade | <input type="checkbox"/> não |

ATIVIDADE DE LAZER

35. Marque a atividade *mais* realizada nos momentos de lazer (*marque somente uma*)

- ver televisão
- ir ao cinema
- escutar música
- conviver e conversar com os amigos
- ler ou desenhar
- passear com os amigos e ou família ()

ajudar nas tarefas em casa fazer atividade física

- Brincar
- Outra

Caso tenha respondido outra, qual ou quais?

Outra: _____

ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL *Atenção* → Atividades Físicas incluem: atividades de lazer (jogos, brincadeiras), caminhar rápido, correr, subir escadas, dançar ou qualquer outra atividade física de esforço similar a esta realizada em casa, como meio de transporte, ou no período de lazer. Atividades Físicas de intensidade moderada ou vigorosa são aquelas que aumentam os batimentos do coração, aceleram a respiração e podem produzir suor.

6. Pratica algum *tipo de atividade física*? Sim Não

37. Como ele se desloca para a escola (colégio)?

- ônibus
- a pé
- Carroça e/ou cavalo
- carro ou moto
- bicicleta
- Outro _____

38. Durante uma SEMANA NORMAL (típica), em quantos dias ele caminha rapidamente ou anda de bicicleta (pedala), para se deslocar de um lugar para outro? _____ dias

39. Nesses dias em que anda de bicicleta ou caminha de forma rápida, durante quanto tempo ele faz essas atividades? _____ horas _____ min

| PRÁTICA DE ESPORTES | | | |
|---|---|--|---|
| 40. Ele (ela) pratica algum tipo de esporte além das aulas de Educação Física? () Sim () Não | | | |
| 41. Caso tenha respondido sim, qual ou quais práticas de atividade física ? _____ | | | |
| 42. Durante as atividades da escola, ele (a) participa das aulas de educação física ? | | | |
| () Não participa | | | |
| () Raramente | | | |
| () às vezes | | | |
| () Com frequência | | | |
| () Sempre participa | | | |
| 43. Durante uma SEMANA NORMAL (típica), <i>sem considerar as aulas de Educação Física</i> , em quantos dias ele participa de alguma prática esportiva, na escola ou fora dela (futebol, natação, voleibol, etc.)? _____ dias. | | | |
| 44. Nos dias em que pratica esses esportes, durante quanto tempo ele participa dessa atividade? _____ horas ____ min | | | |
| Qual o esporte que ele pratica? _____ | | | |
| PERCEPÇÃO DE SAÚDE | | | |
| 45. De um modo geral, a saúde de seu filho é: | | | |
| () Ruim () Regular () Boa () Muito Boa () Excelente | | | |
| 46. De um modo geral, que tipo de efeito a deficiência tem sobre a saúde emocional ou mental de seu filho? | | | |
| () Muito negativo () Pouco negativo () Nem positivo nem negativo () Pouco positivo () Muito positivo | | | |
| TEMPO DE USO DE TV, VIDEOGAME E COMPUTADOR | | | |
| 46. Ele (a) assiste televisão? | | | |
| () Não | | | |
| () Sim | | | |
| 47. Quantas horas tu assiste televisão nos domingos? _____ horas | | | |
| 48. Quantas horas tu assiste televisão em um dia de semana sem ser sábado e domingo? _____ horas | | | |
| Ele (a) joga videogame? | | | |
| () Não | | | |
| () Sim | | | |
| 49. Quantas horas tu assiste televisão nos domingos? _____ horas | | | |
| 50. Quantas horas tu assiste televisão em um dia de semana sem ser sábado e domingo? _____ horas | | | |
| 51. Ele (a) usa computador? | | | |
| () Não | | | |
| () Sim- | | | |
| 52. Quantas horas tu assiste televisão nos domingos? _____ horas | | | |
| 53. Quantas horas tu assiste televisão em um dia de semana sem ser sábado e domingo? _____ horas | | | |
| 54. Ele (a) usa celular/tablet? | | | |
| () Não | | | |
| () Sim | | | |
| 55. Quantas horas tu assiste televisão nos domingos? _____ horas | | | |
| 56. Quantas horas tu assiste televisão em um dia de semana sem ser sábado e domingo? _____ horas | | | |
| A criança.... | Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | Às vezes (2 a 4 vezes por semana) | Raramente (Uma vez ou nunca) |
| 57. Tem medo de dormir no escuro | () | () | () |
| 58. A criança tem medo de dormir sozinho/sozinha | () | () | () |
| 59. Durante o sono : Dorme pouco | () | () | () |
| 60. Durante o sono : Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir | () | () | () |
| 61. Durante o sono : ele (a) acorda durante a noite | () | () | () |
| 62. Acorda de manhã: ele(a) acorda mal- humorada | () | () | () |
| 63. De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos | () | () | () |
| 64. Tem dificuldade em sair da cama de manhã | () | () | () |
| 65. Demora a ficar bem acordada | () | () | () |

