

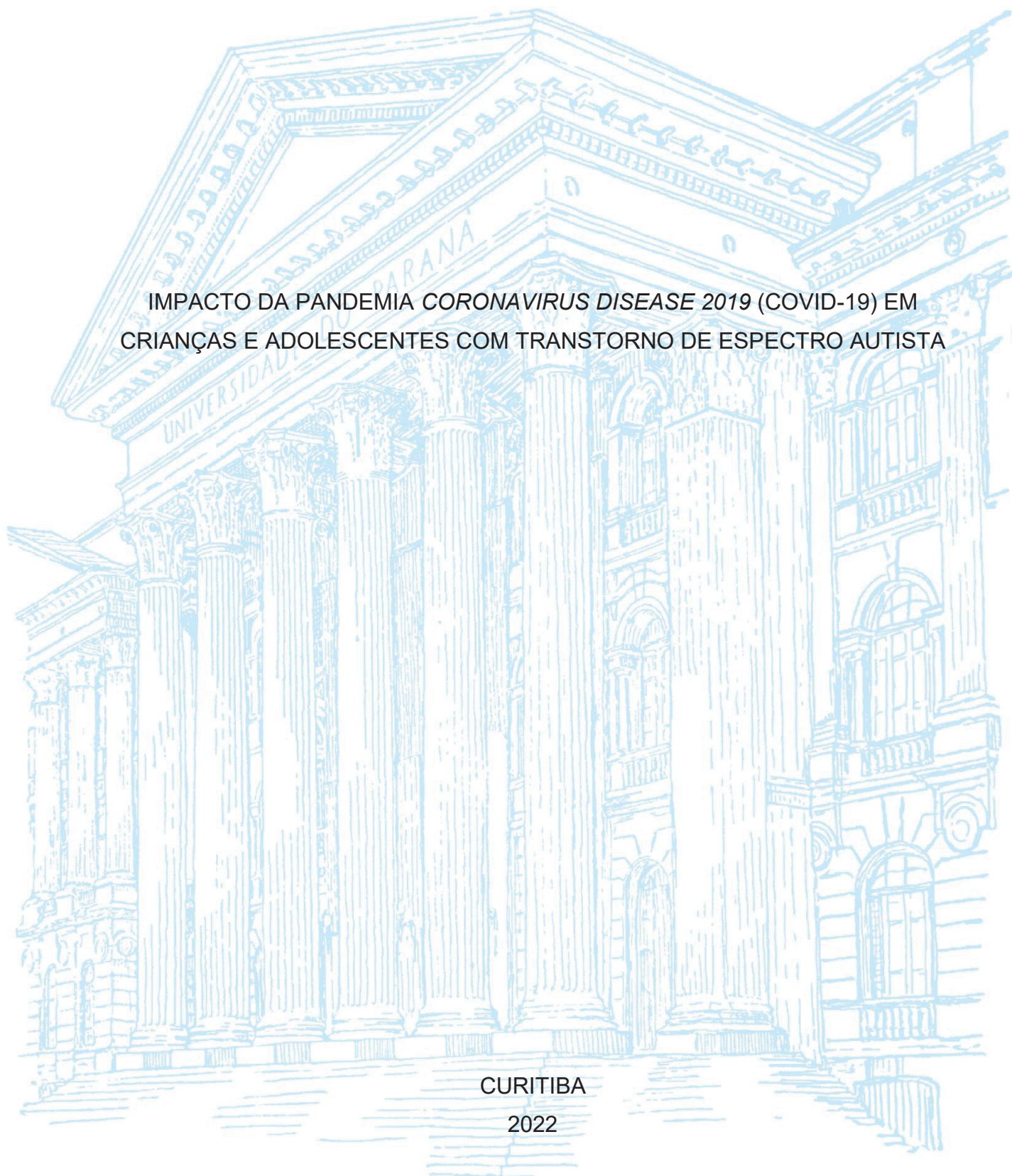
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELAINE ANDRADE CRAVO

IMPACTO DA PANDEMIA *CORONAVIRUS DISEASE 2019* (COVID-19) EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

CURITIBA

2022



ELAINE ANDRADE CRAVO

IMPACTO DA PANDEMIA *CORONAVIRUS DISEASE 2019* (COVID-19) EM  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória

Coorientador: Prof. Dr. Raffael Massuda

CURITIBA

2022

Cravo, Elaine Andrade

Impacto da pandemia *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) em crianças e adolescentes com Transtorno de Espectro Autista [recurso eletrônico] / Elaine Andrade Cravo – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória

Coorientador: Prof. Dr. Raffael Massuda

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Ansiedade. 3. COVID-19. I. Dória, Gustavo Manoel Schier. II. Massuda, Raffael. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.85882



## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ELAINE ANDRADE CRAVO** intitulada: **IMPACTO DA PANDEMIA CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA**, sob orientação do Prof. Dr. GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 21 de Fevereiro de 2022.

Assinatura Eletrônica

21/02/2022 10:33:15.0

GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA  
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

22/02/2022 16:17:36.0

GABRIELA MOURAO FERREIRA  
Avaliador Externo (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS)

Assinatura Eletrônica

21/02/2022 11:59:25.0

RAFFAEL MASSUDA  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

31/05/2022 11:23:14.0

HELOISA HELENA ALVES BRASIL  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

Dedico à minha família.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, pelos passos destemidos que serviram de exemplo para minha jornada. Agradeço ao meu irmão, por um apoio incondicional que me pacifica.

Agradeço aos Professores, Dr. Gustavo Manoel Schier Dória e Dr. Raffael Massuda, pelos tantos ensinamentos profissionais.

Agradeço, novamente, aos Professores pela amizade, risadas e convivência permeada de afeto.

Agradeço também aos profissionais que permearam essa jornada, tanto os do CENEP como do CEGEMPAC.

Agradeço, especialmente, às profissionais que admiro e, também, tenho como amigas, Gabriela Mourão Ferreira e Cristiane Tezzari Geyer, pelo grande apoio.

Agradeço às crianças e adolescentes e seus familiares que aceitaram participar dessa pesquisa mesmo quando das intempéries de uma pandemia.

Se vi mais longe, foi por estar sobre o ombro de gigantes.

(ISAAC NEWTON, 1676)

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Em 2020, a pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) se espalhou rapidamente e o distanciamento social foi necessário, alterando o dia a dia. A interrupção da rotina pode propiciar ou exacerbar os sintomas prévios de ansiedade em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). As características típicas do TEA também podem levar a uma pobre resposta adaptativa à pandemia atual. **OBJETIVO:** Verificar os sintomas de ansiedade e de autismo durante a pandemia COVID-19. **MÉTODOS:** 57 famílias com crianças verbais com TEA de 6 a 18 anos, participaram da pesquisa. Os pais responderam ao **CoRoNaVirus Health Impact Survey (CRISIS) – Adapted for Autism and Related Neurodevelopmental conditions (AFAR)**, um questionário sobre sintomas e rotinas nas últimas 2 semanas e 3 meses antes da pandemia COVID. 23 participantes tinham pontuações da escala SCARED parental e autorrelato pré-pandemia e este instrumento foi reaplicado durante a pandemia COVID. **RESULTADOS:** 49 (86%) crianças eram do sexo masculino; a mediana de idade foi 10 anos e Quociente de Inteligência WISC-IV mediana 95. A pontuação pré-pandemia total da SCARED autorrelato aumentou da média de 25,17 ( $\pm 11$ ) para 30,91 ( $\pm 12$ ) pontos ( $p=0,04$ ) e a pontuação do fator Fobia Social aumentou da média de 6,17 ( $\pm 3,6$ ) para 7,87 ( $\pm 3,6$ ) ( $p=0,02$ ) na pandemia. Não houve correlação entre os escores do WISC e os escores do SCARED. No questionário CRISIS AFAR, associação de SCARED limiar e aumento dos comportamentos de busca sensorial ( $p<0,01$ ); menos tempo ao ar livre e exercício físico ( $p<0,05$ ); ausência de *stress* pelas restrições sociais ( $p<0,05$ ). Não houve associação entre os escores SCARED limiares e a manutenção ou suspensão da escola e dos serviços. Comparando os 3 meses anteriores à pandemia COVID-19 à avaliação na pandemia, houve redução em desempenhar de forma independente o Brincar sozinho ( $p=0,01$ ) e Estruturar/Iniciar as atividades diárias ( $p<0,001$ ). Houve redução ( $p<0,001$ ) na prática de exercícios físicos, na permanência ao ar livre ( $p<0,001$ ), além de aumento no tempo de tela ( $p<0,001$ ). Não houve aumento em estereotípias, comportamentos de busca sensorial, engajamento em um forte interesse restrito e requisição aos adultos para manter rotinas. **CONCLUSÃO:** Nosso estudo fornece novos dados de níveis mais elevados de ansiedade nesses indivíduos, apesar dos sintomas essenciais de TEA inalterados. A piora foi capturada pelos escores SCARED versão autorrelato, que podem refletir os déficits prévios de comunicação. A crise COVID pode levar ao agravamento da ansiedade e maior prejuízo em crianças/adolescentes com TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; ansiedade; COVID-19.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In 2020, the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic spread rapidly all over the countries and social distancing was required, altering the daily routine. The routine disruption can propitiate or exacerbate previous anxiety symptoms in ASD children and adolescents. Typical features of ASD may also lead to a poor adaptive response to the current pandemic. **OBJECTIVE:** To verify anxiety symptoms and core symptoms of autism during the COVID-19 pandemic. **METHODS:** 57 families with verbal ASD children from 6-18y agreed to participate. ASD was confirmed by ADOS-2 and/or ADI-R. Parents completed the **CoRonavlrus Health Impact Survey (CRISIS) – Adapted for Autism and Related Neurodevelopmental conditions (AFAR)**, a questionnaire about symptoms and routines in the past 2 weeks and 3 months prior to COVID pandemic. 24 participants had previous (pre-pandemic) SCARED scale parental/self-report scores and this instrument was reapplied during the COVID pandemic. **RESULTS:** 49 (86%) children were male; median age was 10 years and WISC-IV Intelligence Quotient median was 95. The baseline pre-pandemic score of SCARED self report total score increased from mean 25,17( $\pm$ 11) to 30,91( $\pm$ 12) points ( $p=0,04$ ) and the Social Phobic Disorder score increased from mean 6,17( $\pm$ 3,6) to 7,87( $\pm$ 3,6) ( $p=0,02$ ). There was no correlation between WISC scores and SCARED scores. In the CRISIS AFAR questionnaire, it was found an association of threshold SCARED and increased sensory seeking behaviors ( $p<0,01$ ); less outdoors time and physical exercise ( $p<0,05$ ); not stressed by social restrictions ( $p<0,05$ ). There was no association of threshold SCARED scores and the maintenance of school and services. Comparing the 3 months prior to the COVID-19 pandemic to the assessment during the pandemic, there was a reduction in independently performing *Play self* ( $p 0,01$ ) and *Structure/Initiate daily activities* ( $p < 0,001$ ). There was a reduction in physical exercise ( $p<0.001$ ) and spending time outdoors ( $p<0.001$ ), also an increase in screen-time ( $p<0.001$ ). There was no increase in stereotypies, sensory seeking behaviors, engagement in a restricted interest and requirement of adults to maintain routines. **CONCLUSION:** Our study aligned with some of those studies and also provides new data of higher anxiety levels in these individuals in spite of unaltered ASD core symptoms. The worsening was captured by SCARED self report scores, which may reflect previous communication deficits. COVID crisis may lead to worsening anxiety and greater impairment in children/adolescents with ASD.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; anxiety; COVID-19.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUOGRAMA DA SELEÇÃO DOS PACIENTES.....	36
FIGURA 2 – PROCEDIMENTOS DE ESTUDO.....	45

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – ALTERAÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA NA PANDEMIA COVID-19 .....	54
GRÁFICO 2 – SERVIÇOS E ATENDIMENTOS NA ESCOLA NA PANDEMIA COVID-19 .....	55
GRÁFICO 3 – SERVIÇOS E ATENDIMENTOS NA ESCOLA NA PANDEMIA COVID-19 .....	56
GRÁFICO 4 – SERVIÇOS E ATENDIMENTOS FORA DA ESCOLA COM A PANDEMIA COVID-19 .....	56
GRÁFICO 5 – SERVIÇOS E ATENDIMENTOS FORA DA ESCOLA COM A PANDEMIA COVID-19 .....	57
GRÁFICO 6 – CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS E ATENDIMENTOS FORA DA ESCOLA COM A PANDEMIA COVID-19 .....	57
GRÁFICO 7 – CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS FORA DA ESCOLA NA PANDEMIA .....	58

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DADOS DEMOGRÁFICOS DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM COM TEA .....	49
TABELA 2 – DADOS DEMOGRÁFICOS DOS CUIDADORES .....	49
TABELA 3 – DADOS CLÍNICOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA .....	51
TABELA 4 – COMPARATIVO DAS PONTUAÇÕES SCARED PARENTAL E AUTORRELATO PRÉ E NA PANDEMIA COVID-19 .....	52
TABELA 5 – VISÃO GLOBAL DAS PONTUAÇÕES SCARED PARENTAL E AUTORRELATO PRÉ E NA PANDEMIA COVID-19 .....	52
TABELA 6 – ASSOCIAÇÃO DAS RESPOSTAS DO INSTRUMENTO CRISIS AFAR COM PONTUAÇÕES LIMIARES CLÍNICAS DA SCARED REAPLICADA NA PANDEMIA.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABAS-II	- <i>Adaptative Behavior Assessment System 2nd edition</i>
ABC	- <i>Aberrant Behavior Checklist</i>
ADI-R	- <i>Autism Diagnostic Interview-revised</i>
ADIS	- <i>Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV</i>
ADOS-2	- <i>Autistic Diagnosis Observation Schedule – second edition</i>
ASC-ASD	- <i>Anxiety Scale for Children-Autism Spectrum Disorder Parent and Child versions</i>
ASC-ASD-P	- <i>Anxiety Scale for Children-Autism Spectrum Disorder Parent Form</i>
ASEBA	- <i>Achenbach System of Empiracally based Assessment</i>
BAI	- <i>Beck Anxiety Inventory</i>
BPC	- <i>Benefício de Prestação Continuada</i>
C	- <i>Comunicação</i>
CAFAS	- <i>Child and Adolescent Functional Assessment Scale</i>
CBCL	- <i>Child Behavior Checklist</i>
CDC	- <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEGEMPAC	- <i>Centro de Genética Molecular e e Pesquisa do Câncer em Crianças</i>
CENEP	- <i>Centro de Neuropediatria</i>
CID 10	- <i>Classificação Internacional de Doenças</i>
COVID-19	- <i>Coronavirus Disease 2019</i>
CRISIS AFAR-	- <i>The CoRonavlrus Health Impact Survey (CRISIS) – Adapted For Autism and Related neurodevelopmental conditions (AFAR)</i>
CRR	- <i>Comportamentos Restritos e repetitivos</i>
DI	- <i>Deficiência Intelectual</i>
DSM-5	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition</i>
DSM-IV	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV edition</i>
PedsQL 4.0	- <i>Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0.</i>
FS	- <i>Fobia Social</i>
IC	- <i>Intervalo de confiança</i>
ISR	- <i>Interação Social Recíproca</i>
Kiddie-SADS	- <i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>
K-SADS-PL	- <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime version</i>

MASC	- <i>Multidimensional Anxiety Scale for Children</i>
OR	- <i>Odds ratio</i>
PRAS-ASD	- <i>Parent-rated Anxiety Scale for ASD</i>
PRONAS	- Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência
PSQI	- <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>
QI	- Quociente de inteligência
RBS-R	- <i>Repetitive Behavior Scale-Revised</i>
RCADS	- <i>Revised Children's Anxiety and Depression Scale</i>
SARS-CoV-2	- <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2</i>
SCARED	- <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders</i>
SCAS	- <i>Spence Children Anxiety Scale</i>
SCQ	- <i>Social Communication Questionnaire</i>
SRS-2	- <i>Social Responsiveness Scale 2nd edition</i>
STAI-C	- <i>State-Trait Anxiety Inventory – Child version</i>
TAG	- Transtorno de Ansiedade Generalizada
TALE	- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TAS	- Transtorno de Ansiedade de Separação
TC	- Transtorno de Conduta
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	- Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	- Transtorno de Espectro Autista
TOC	- Transtorno Obsessivo Compulsivo
TOD	- Transtorno de Oposição e Desafio
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
WISC-IV	- <i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i>

## LISTA DE SÍMBOLOS

® - marca registrada

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1	OBJETIVOS .....	17
1.1.1	Objetivo geral.....	17
1.1.2	Objetivos específicos .....	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E ANSIEDADE .....	20
2.2	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E PANDEMIA COVID-19 .....	25
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>33</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	33
3.2	HIPÓTESE DE ESTUDO .....	33
3.3	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO.....	33
3.4	POPULAÇÃO FONTE .....	33
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	34
3.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	35
3.7	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	35
3.8	AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	36
3.9	VARIÁVEIS DE ESTUDO .....	36
3.10	INSTRUMENTOS .....	37
3.11	PROCEDIMENTOS DO ESTUDO .....	43
3.12	TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS .....	45
3.13	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	46
3.14	ÉTICA EM PESQUISA.....	46
3.15	MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	47
3.16	FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS .....	47
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>59</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>66</b>
7.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS .....	66
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>67</b>



<b>APÊNDICE 1 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA (JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY).....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VERSÃO PARA APLICAÇÃO PRESENCIAL.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO : SCARED – VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO : CRISIS AFAR – VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO : K-SADS-PL-DSM-5 – VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA.....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE 6 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VERSÃO PARA APLICAÇÃO PRESENCIAL.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE 7 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO : SCARED – VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE 8 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO : K-SADS-PL-DSM-5 – VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICE 9 – FICHA DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO 1 – ESCALA SCARED VERSÃO PARENTAL.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO 2 – ESCALA SCARED VERSÃO AUTORRELATO.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DO CORONAVÍRUS NA SAÚDE (CRISIS) – ADAPTADO PARA AUTISMO E TRANSTORNOS DE NEURODESENVOLVIMENTO: FORMULÁRIO DA LINHA DE BASE PARA PAIS/CUIDADOR 3-21 ANOS.....</b>	<b>117</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um complexo transtorno com manifestações desde a primeira infância (APA, 2012). Dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) mostram que a prevalência de TEA aumentou nas últimas décadas, passando de 1:150 crianças, em 2000, para 1:54 em 2016 (CDC, 2020). Esses indivíduos apresentam, muitas vezes, sintomas fora do cerne do autismo, os quais podem se somar aos sintomas centrais também impactando na qualidade de vida (BASTIAANSEN et al., 2004). As comorbidades psiquiátricas, nessa população, alcançam prevalência de até 90%, sendo os transtornos ansiosos os que mais se destacam (HOSSAIN et al., 2020; LAI; LOMBARDO; BARON-COHEN, 2014).

Em metanálise (83 estudos) com amostras clínicas, foi encontrada maior prevalência de sintomas ansiosos nas crianças com TEA do que nas crianças neurotípicas ou mesmo com outros transtornos do neurodesenvolvimento (VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017). Van Steensel et al. (2011), em metanálise (31 estudos; n=2,121) com amostras clínicas, crianças e adolescentes com TEA apresentaram prevalência de 39% de transtornos/sintomas ansiosos, incluindo fobias específicas. Lai et al. (2019), incluindo a faixa etária adulta (n=169,829; amostras clínicas e comunitárias), identificaram uma prevalência de 20% de transtornos ansiosos em indivíduos com TEA. Em crianças e adolescentes, sem TEA, a prevalência de transtornos ansiosos, em amostras comunitárias, ficou em torno de 6,5% em metanálise com 41 estudos (n=41,343) (POLANCZYK et al., 2015) e de 7,2% em estudo brasileiro de conglomerados escolares (n=1,676) (PAULA et al., 2015), neste incluindo fobias específicas. Atentando para fobias específicas, em crianças sem TEA a prevalência alcança 20%, porém quando avaliado o prejuízo funcional em avaliação clínica cai para cerca de 4% (COSTELLO; EGGER; ANGOLD, 2005).

A *Coronavirus disease 2019* (COVID-19) é uma doença causada pelo novo vírus identificado *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-COV 2); apresenta alta transmissibilidade e pode causar síndrome respiratória grave (MANNING et al., 2021). Por tais aspectos, a pandemia COVID-19 impôs inúmeras alterações no dia a dia, por exemplo, o distanciamento social, uso de máscaras, restrições de funcionamento de alguns serviços, suspensão das aulas, realocação de trabalho para *home office* dentre outras. Desta forma, para toda a população mundial,

foram alteradas as rotinas tanto domiciliar quanto extradomiciliar das crianças e adolescentes e de toda sua família.

Pensando no cotidiano das famílias e crianças/adolescentes com TEA, estas alterações súbitas de vida diária, bem como incertezas do momento atual, podem acarretar alterações dos sintomas específicos do TEA e até mesmo outros sintomas de saúde mental em geral, como o surgimento ou agravamento de sintomas ansiosos. Estudos já demonstram um aumento dos sintomas comportamentais em crianças e adolescentes com TEA (COLIZZI et al., 2020), também aumento das estereotípias (MUTLUER; DOENYAS; ASLAN GENC, 2020) e do tempo de tela (KAWABE et al., 2020; GARCIA et al., 2021), além de redução das horas de sono (MUTLUER; DOENYAS; ASLAN GENC, 2020) durante a pandemia.

Há poucos estudos sobre impacto da pandemia COVID-19 em crianças e adolescentes com TEA utilizando instrumentos específicos. Até o momento, não há estudos brasileiros. Com isso, ao avaliar o impacto da pandemia COVID-19, quanto a sintomas ansiosos e aspectos de Saúde Mental como rotina de vida diária e dos sintomas específicos do TEA, este estudo contribuirá com dados inéditos para posteriores pesquisas na área de Saúde Mental na Infância e, até, em futuras decisões de saúde pública, nesse contexto.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivos gerais

Verificar sintomas ansiosos em crianças e adolescentes com TEA pré e durante a pandemia COVID-19.

Verificar associação dos sintomas ansiosos com o funcionamento diário, em face à pandemia COVID-19, em crianças e adolescentes com TEA.

### 1.1.2 Objetivos específicos

Verificar correlação dos sintomas ansiosos com o quociente de inteligência em crianças e adolescentes com TEA em face à pandemia COVID-19.

Verificar a associação da interrupção dos tratamentos em Saúde Mental, em face à pandemia COVID-19, com sintomas ansiosos em crianças e adolescentes com TEA.

Comparar o funcionamento diário pré e durante a pandemia COVID-19, em crianças e adolescentes com TEA.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento que se caracteriza por prejuízo na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos. Apresenta também outros comportamentos associados, a exemplo de comportamentos repetitivos, interesses restritos, adesão inflexível a rotinas e/ou alterações sensoriais (APA, 2012; LIMA; BARROS; ARAGÃO, 2020).

No estudo realizado pelo CDC, (2020) abrangendo 11 regiões dos Estados Unidos, através dos dados registrados por profissionais nas redes de atendimento à saúde/escolas dentre o total de crianças com mesma faixa etária de 8 anos, a prevalência de TEA foi de 18,5 por 1,000 (1:54) em 2016, perfazendo 1,85%. A prevalência de TEA foi maior entre o sexo masculino que no feminino (29,7% *versus* 6,9%) e a razão de prevalência de sexo masculino/feminino foi de 4,3:1. Deficiência intelectual (DI) foi encontrada em cerca de 33%, ou seja, coeficiente de inteligência (QI)  $\leq 70$ ; 24% possuíam QI limítrofe (QI 71–85) e 42% tinham QI na média ou acima da média (QI  $> 85$ ) (CDC, 2020).

No Brasil, não há dados atualizados caracterizando, de forma representativa, a prevalência de TEA em crianças e adolescentes. Em estudo realizado no Brasil, no ano de 2011 com amostra comunitária de 1,470 indivíduos de 7-12 anos, foi observada uma prevalência de 0,3% (1:360) (PAULA et al., 2011).

Crianças e adolescentes com TEA apresentaram piores pontuações de qualidade de vida quando comparadas com crianças com outros transtornos psiquiátricos como tiques, transtornos de aprendizagem, transtornos de humor, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de oposição e desafio (TOD) (BASTIAANSEN et al., 2004). Também piores pontuações quando comparadas às crianças com doenças como asma ou *Diabetes mellitus* (KUHLTHAU et al., 2010). Esses dados foram observados em escalas de autorrelato, parentais e escalas aplicadas aos clínicos assistentes (BASTIAANSEN et al., 2004; KUHLTHAU et al., 2010). Entre os indivíduos, quanto ao diagnóstico de autismo, Asperger ou transtorno pervasivo, os prejuízos foram semelhantes (KUHLTHAU et al., 2010).

### 2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E ANSIEDADE

A ansiedade não é um sintoma cardinal do autismo (WHITE et al., 2009; MAZZONE; VITIELLO, 2016). Os sintomas ansiosos experimentados por crianças e adolescentes com TEA foram demonstrados como constructo separado da sintomatologia/gravidade do TEA, podendo, então, refletir síndromes ansiosas semelhantes àquelas em crianças sem o transtorno (RENNO; WOOD, 2013; MAZZONE; VITIELLO, 2016).

É importante atentar para as singulares características do TEA como propulsores para sintomas/transtornos ansiosos comórbidos nessa população. A maior presença de sintomas ansiosos no TEA pode refletir diferentes cenários (MAZZONE; VITIELLO, 2016). As dificuldades na comunicação social típicas do TEA, a exemplo da interpretação e antecipação das intenções e emoções de terceiros, poderiam levar a interpretações de situações de imprevisibilidade quando das demandas sociais e, conseqüentemente, gerar ansiedade (SETTIPANI et al., 2012; MAZZONE; VITIELLO, 2016; VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017). Além da possível alexitimia, ou seja, dificuldade de reconhecer e nomear as próprios sentimentos, outras características do TEA como as alterações sensoriais, interesse restrito, comportamentos repetitivos, intolerância à incerteza, insistência ao mesmo (*sameness*) e baixa motivação social poderiam levar à prejuízos na regulação emocional e/ou à evitação das situações (CONNER et al., 2020; WILLIAMS et al., 2021).

As dificuldades na regulação emocional podem também ter um papel relevante no TEA (MAZZONE; VITIELLO, 2016). Foi demonstrado que prejuízo na regulação emocional foi preditor de maiores níveis de ansiedade em estudo com amostra clínica de 1,107 indivíduos de 6-17 anos com TEA mesmo quando controladas variáveis como DI, idade e sintomas do TEA (CONNER et al., 2020). Os sintomas do TEA foram avaliados mediante pontuações total e nos índices de Comunicação Social e Comportamento restrito e repetitivo da escala *Social Responsiveness Scale 2nd edition* (SRS-2) (CONNER et al., 2020). Em coorte com amostra comunitária, acompanhando por três anos 312 indivíduos de 8-16 anos sem TEA, também foi demonstrado que prejuízos na regulação emocional foram preditores de sintomas ansiosos nas esferas da ansiedade social, ansiedade de separação e sintomas somáticos da escala autorrelato *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC), mesmo quando controlado para depressão, idade e gênero (SCHNEIDER et al., 2018).

Indivíduos com TEA com déficits menos acentuados nos domínios da cognição social, função executiva dentre outros, podem reconhecer suas falhas sociais e se tornar preocupados com tal, novamente gerando ansiedade (WHITE et al., 2009). Fatores ambientais podem se somar, a exemplo de rejeição pelos pares/bullying sofrida por indivíduos com TEA e, também, levar à ansiedade (VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017).

Atentando para comorbidades prevalentes no TEA, a exemplo do TOC e depressão, estas são frequentemente associadas tanto ao próprio TEA como à ansiedade, logo a ansiedade expressa em crianças e adolescentes com TEA pode advir confluência de ambas as condições. Também é possível que tanto o TEA como os sintomas ansiosos compartilhem de uma etiologia neurobiológica comum, mediante alterações do sistema nervoso autônomo e sistema límbico (CHIU et al., 2016; MAZZONE; VITIELLO, 2016; TAYLOR et al., 2021).

Como apresentação clínica, há sobreposição de sintomas entre transtornos ansiosos e TEA, sendo necessária uma minuciosa avaliação, pois uma diminuta interação social pode ser uma manifestação tanto das dificuldades sociais do TEA como de uma ansiedade social típica do transtorno de Ansiedade Social (RENNO; WOOD, 2013; MAZZONE; VITIELLO, 2016). Sintomas como solicitações que os pais durmam junto à criança podem ser características tanto de rotinas rígidas do TEA no momento de dormir como do transtorno de Ansiedade de Separação (RENNO; WOOD, 2013; MAZZONE; VITIELLO, 2016). Aspectos da ansiedade podem ser manifestados de forma diferente de acordo com as características do próprio TEA como nível de gravidade, idade, cognição e habilidade na linguagem (LECAVALIER et al., 2014). Portanto, a apresentação dos sintomas de ansiedade pode ser interpretada, pelos pais, como variações das questões comportamentais do TEA a exemplo de comportamentos atípicos como inquietude naqueles com déficits mais pronunciados de comunicação (MAZZONE; VITIELLO, 2016) .

Em estudo de corte transversal, avaliando grupo de 115 crianças com TEA (média de idade 11 anos), com transtornos/sintomas ansiosos, comparadas a 122 crianças sem TEA, com transtornos/sintomas ansiosos (média de idade 12 anos), todas oriundas de centros especializados de tratamento em Psiquiatria, demonstrou que o perfil de transtornos ansiosos bem como a gravidade dos mesmos não diferiu entre os grupos, apenas com uma maior frequência de fobias específicas no grupo com TEA (VAN STEENSEL; BÖGELS; DIRKSEN, 2012). Em estudo de metanálise

(83 estudos), também não foi encontrada diferença entre níveis de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes com TEA comparado às crianças sem TEA com transtornos internalizantes como transtornos ansiosos e/ou de humor (VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017). No grupo de indivíduos com TEA, houve aumento dos sintomas ansiosos com o aumento da idade (VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017).

A prevalência de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes com TEA varia de 11% até 84% (WHITE et al., 2009). Em estudo de corte transversal utilizando a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime version* (K-SADS-PL) (KAUFMAN et al., 1997), em 71 indivíduos de 6 a 17 anos com TEA oriundos de escola especial, foi encontrado diagnóstico de transtornos ansiosos/fóbicos em 41% da amostra, sendo 31% de fobia específica; 13% daqueles com transtornos ansiosos apresentavam mais de um transtorno ansioso comórbido (GJEVIK et al., 2011).

Em metanálise com 31 estudos (n=2,121), foi encontrada prevalência de 39% de transtornos/sintomas ansiosos, incluindo fobias específicas (29,8%) seguida de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) (17,4%) e Fobia Social (16,6%) em crianças e adolescentes de 6-17 anos com TEA (VAN STEENSEL; BÖGELS; PERRIN, 2011). Em metanálise apenas com faixa etária adulta de amostras clínicas (n=26,070), Hollock et al. (2019), excluindo fobias específicas, encontraram prevalência de transtornos ansiosos de 27% (95% IC 17–37%;  $I^2 = 96%$ ) e para prevalência durante a vida de 42% (95% CI 35–50%;  $I^2 = 96%$ ).

Em metanálise abrangendo 83 estudos, também foi encontrada maior frequência de sintomas ansiosos nas crianças com TEA do que nas crianças sem TEA hígdas, também quando comparadas àquelas com outros transtornos do neurodesenvolvimento como TDAH e DI; transtornos externalizantes como TOD e/ou Transtorno de Conduta (TC) ou síndromes a exemplo de Trissomia do 21 e Síndrome do X frágil (VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017).

A presença de sintomatologia ansiosa, em crianças e adolescentes com TEA, está associada a pior qualidade de vida. Adam et al. (2020), encontraram que os níveis de ansiedade em 64 indivíduos (2-17 anos) com TEA, foi preditor mais forte da qualidade de vida do que a gravidade do TEA avaliada mediante a *Social Communication Questionnaire* (SCQ). Para acessar a qualidade de vida foi aplicada a PedsQL 4.0 e, para ansiedade, a *Anxiety Scale for Children-Autism Spectrum Disorder Parent Form* (ASC-ASD-P); ambos os instrumentos aplicados mediante



questionários aos pais; o recrutamento dos indivíduos ocorreu tanto em clínicas especializadas como na comunidade. A gravidade do TEA foi preditora de pior funcionamento físico da escala PedsQL 4.0, enquanto aspectos da escala ASC-ASD-P foram preditores de piores respostas nos domínios emocional e escolar da PedsQL 4.0, quando controlados para a gravidade do TEA. Nenhum dos fatores (TEA avaliado pela SCQ ou pontuação na ASC-ASD-P) se constituiu em preditor isolado quanto à pontuação total da PedsQL 4.0. Adam et al. (2019) avaliando 71 crianças e adolescentes com TEA em amostra advinda de clínicas ou da comunidade, sendo 23 indivíduos com 6-8 anos e 48 com 11-13 anos, agora com a escala versão autorrelato da PedsQL 4.0 e restante dos instrumentos acima descritos, encontraram, na regressão linear, uma das subescalas da ASC-ASD-P (*Uncertainty*) como preditora de pior pontuação total e em todas as subescalas da PedsQL 4.0.

É importante atentar que, mesmo com tantas particularidades relevantes para se pensar a ansiedade no TEA, a deficiência intelectual (DI) também deve ser considerada. Em metanálise (n=2,121, amostras clínicas), Van Steensel et al. (2011) encontraram uma prevalência combinada de 39,6% das crianças/adolescentes com TEA com ao menos um transtorno ansioso ou que atingiram ponto de corte em instrumentos de triagem de transtornos ansiosos. Os transtornos mais prevalentes foram a fobia específica (29,8%), TOC (17,4%) e Fobia Social (FS) (16,6%); seguidos de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (15,4%); Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) (9%); TP (1,9%). Nesse estudo, a menor média de idade se associou a maior prevalência de TOC e TAS ( $p < 0,01$ ). Aqueles estudos com média de idade mais altas apresentavam maior prevalência de nível total de ansiedade/transtornos ansiosos e TAG. O QI se associou com maior nível total de ansiedade e também FS ( $p < 0,01$ ). Menores médias de QI se associaram a maior prevalência de nível total de ansiedade/transtornos ansiosos e FS, permanecendo tal mesmo quando adicionados outros moderadores ( $p < 0,01$ ). Aqueles estudos com médias de QI mais altas apresentavam maior prevalência de TOC e TAS. Em metanálise, avaliando 83 estudos, Van Steensel et al. (2017) encontraram que os níveis de ansiedade, em crianças/adolescentes com TEA comparadas àquelas sem TEA, aumentaram a medida que a média de QI era mais alta. Nesta meta-análise, havia poucos estudos incluindo indivíduos com TEA e comorbidade DI.

Em metanálise abrangendo 31 estudos (n=8,267 indivíduos advindos de ambulatórios), Mingins et al. (2021) encontraram uma pequena correlação positiva

entre as pontuações de QI e as pontuações de ansiedade em indivíduos com TEA ( $r = 0,10$ , 95% CI: 0,04-0,16, heterogeneidade  $I^2$  81%). Quando analisado apenas os estudos com inclusão de indivíduos com TEA com comorbidade DI, houve uma maior correlação positiva ( $r = 0,18$ , 95% CI: 0,11-0,25, heterogeneidade  $I^2$  82%); mas não houve correlação entre QI e ansiedade naqueles estudos que não incluíram comorbidade DI em crianças/adolescentes com TEA ( $r = 0,001$ , 95% CI: -0,11 a 0,12, heterogeneidade  $I^2$  58%) ou que não reportaram se havia ou não tal comorbidade ( $r = -0,002$ , 95% CI: -0,09-0,05, heterogeneidade  $I^2$  47%). Em resumo, crianças e adolescentes com TEA e maiores níveis de QI pontuaram mais alto para ansiedade do que aquelas com comorbidade de DI; sendo esse efeito mais robusto nos estudos que incluíram indivíduos com DI e não foi estatisticamente significativo naqueles estudos sem DI. Sendo assim, novamente a hipótese de mecanismo linear de ansiedade e QI foi encontrada, tal qual na metanálise de Van Steensel et al. (2017).

Mingins et al. (2021) também avaliaram em separado os 4 estudos que especificavam apenas a presença ou não de DI, sem especificar faixa de QI. Apresentaram  $n=761$ , advindos de ambulatórios, sendo comparados os 338 indivíduos com TEA e DI com 423 com TEA sem DI; não foi encontrada diferença nos escores de ansiedade entre os grupos. Com a exclusão de um estudo, pela alta heterogeneidade, os resultados então se modificaram, com significância estatística (0,42, 95% IC 0,21-0,63, heterogeneidade  $I^2$  0%), sendo assim, crianças e adolescentes com TEA sem comorbidade de DI, apresentaram maiores níveis de ansiedade. Baseado nesses achados, uma segunda possibilidade é que a correlação entre QI e ansiedade seja sustentada por uma relação não linear, de modo que grandes diferenças entre aqueles com os QIs mais baixos e aqueles com QI na faixa normal seriam responsáveis por produzir um pequeno efeito (MINGINS et al., 2021). Em resumo, independente se hipótese de mecanismo linear ou não linear entre QI e ansiedade no TEA, em ambas as análises realizadas por Mingins et al. (2021) foi necessária a presença de estudos incluindo indivíduos com TEA e comorbidade DI para resultados com significância estatística.

Os achados, acima descritos, sugerem que o QI seria um parâmetro que merece uma minuciosa atenção. Os diferentes estudos inclusos nas diversas meta-análises, geralmente, utilizam instrumentos semelhantes para avaliação de QI a exemplo da bateria WISC-IV. Já quanto à ansiedade são utilizados diversos instrumentos já que não há um instrumento padrão ouro, sendo assim diferentes

constructos podem ter sido nomeados como ansiedade. Também a maioria dos estudos utiliza o relato parental para avaliação de ansiedade apesar da literatura ter demonstrado que para sintomas internalizantes os pais não seriam bons informantes (SALBACH-ANDRAE et al., 2009). Escalas/entrevistas existentes para avaliação de ansiedade, em indivíduos com TEA e comorbidade DI, são limitadas.

Existem diversos instrumentos para avaliação de ansiedade em crianças e adolescentes, a citar a SCARED (BIRMAHER et al., 1997, 1999). Pelo uso amplamente difundido e propriedades bem conhecidas, a SCARED tem sido aplicada, como uma escala potencialmente interessante, em crianças e adolescentes com TEA (LECAVALIER et al., 2014). Stern et al. (2014) demonstraram boa consistência interna na pontuação total e por fatores. Também foi demonstrada boa correlação da SCARED com novos instrumentos de rastreio de ansiedade específicos para indivíduos com TEA, como a *ASC-ASD (Anxiety Scale for Children with Autism Spectrum Disorder)* (RODGERS et al., 2016) ou a *Parent-rated Anxiety Scale for ASD (PRAS-ASD)* (SCAHILL et al., 2019).

## 2.2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E PANDEMIA COVID-19

No fim de 2019, na China, foi evidenciada uma síndrome respiratória gripal que se espalhou rapidamente pelos moradores daquela região e, posteriormente, foi denominada de COVID-19 (NASERGHANDI; ALLAMEH; SAFFARPOUR, 2020). A COVID-19 é uma doença respiratória causada pelo SARS-CoV-2 e gera sintomas como tosse, febre, fadiga dentre outros, até mesmo ocasionando acometimento pulmonar e/ou sistêmico importantes (NOLLACE et al., 2020). Apresenta grande disseminação e maior mortalidade que outras infecções virais respiratórias (NASERGHANDI; ALLAMEH; SAFFARPOUR, 2020).

Em fevereiro de 2020, foi notificado no Brasil, o primeiro caso de COVID-19. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou essa doença como pandemia COVID-19 devido à grande propagação, pelo contágio pessoa a pessoa, por inúmeros países (WHO, 2020). Segundo Boletim Epidemiológico de 28/06/2020, no Brasil, constavam 1,274,974 casos acumulados confirmados de COVID-19 e 55,961 óbitos acumulados (SAÚDE, 2020a). Nessa mesma data, segundo Boletim Epidemiológico, no Paraná 20,516 casos confirmados

acumulados e 586 óbitos acumulados (SAÚDE, 2020b). Em 16 de março de 2021, um ano após o decreto estadual paranaense de situação de pandemia, segundo Boletim Epidemiológico, o Paraná contava com 764,529 casos confirmados acumulados e 13,826 óbitos acumulados (SAÚDE, 2020b). Sendo assim, a pandemia acabou demandando, em nível mundial, a implementação de várias medidas, a exemplo do distanciamento social, uso de máscaras, restrições de funcionamento de alguns serviços, suspensão das aulas, realocação de trabalho para *home office* dentre outras, impactando em mudanças de rotina para toda a população (WHO, 2020).

No que tange a uma pandemia, apesar de imprevisível tal qual outras fatalidades como terremotos, tem a característica de, ao invés de ser necessário unir os indivíduos, como ocorre nos desastres, ser importante exatamente o contrário: distanciamento social, quarentena/isolamento dentre outros (MUTLUER; DOENYAS; ASLAN GENC, 2020). Com as necessárias restrições, visando diminuição da disseminação, as escolas e tratamentos dentro ou fora da escola se alteraram: muitas vezes foi necessária a adaptação às tecnologias para uma terapia *online* ou até mesmo suspensão total das atividades naquele momento inicial. Dessa forma, foram alteradas as rotinas tanto domiciliar quanto extradomiciliar das crianças e adolescentes e de toda sua família. Somado a tais, houve também incertezas do ponto de vista econômico para muitas famílias. Apesar da aprovação, no Brasil, em Janeiro de 2021, das primeiras vacinas contra a COVID-19, naquele momento ainda não era numericamente possível a previsão de quando seria a aplicação em toda a população, o que gerava também mais incertezas e angústias. A pandemia COVID-19 ainda está em curso, apesar de importante melhora do panorama.

Atentando para o momento mais grave vivenciado previamente, o distanciamento social dentre outras medidas, foi uma tarefa iminentemente árdua para crianças e adolescentes. Apesar do isolamento/distanciamento social não ser sinônimo de solidão, inquérito *online* com amostra comunitária no Reino Unido com 2,438 indivíduos de 13-25 anos, com 51% da amostra até 19 anos, encontrou que 58% relatavam solidão no contexto da pandemia COVID-19 (THOMAS, 2020). Em revisão sistemática sobre impacto da pandemia COVID-19 em indivíduos sem patologias psiquiátricas, Loades et al. (2020) avaliaram 45 estudos (23 com adolescentes / 6 crianças / 16 com adultos) transversais sobre a relação entre sintomas depressivos e solidão, bem como isolamento social, encontrando correlação moderada a forte ( $0,12 \leq r \leq 0,81$ ). Quanto à solidão/isolamento social e ansiedade, foi

encontrada correlação moderada ( $0,18 \leq r \leq 0,54$ ), com maior associação da duração da solidão que da intensidade da mesma; 3 estudos ( $n=4,696$ ) avaliaram o efeito longitudinal da solidão, encontrando associação desta com posterior ansiedade. No Canadá, em estudo de Abril de 2020 com amostra comunitária, 1,472 pais de crianças de 5 a 17 anos responderam questionários sobre atividade física demonstrando, também, menor tempo de prática de exercício físico, menor tempo fora de casa e aumento de hábitos de sedentarismo como uso de tela na pandemia (MOORE et al., 2020).

Pensando no cotidiano das famílias e crianças e adolescentes com TEA, as alterações súbitas das rotinas em face à pandemia COVID-19 ainda em curso, além das particularidades inerentes ao TEA, como as dificuldades sociais atreladas aos comportamentos restritos e repetitivos e rigidez de rotinas, podem acarretar em agravamento ou mesmo surgimento de sintomas ansiosos e de pobre adaptação ao contexto (MUTLUER; DOENYAS; ASLAN GENC, 2020). Alguns autores postulam que também possa ser mais difícil, para os familiares, explicar, para as crianças/adolescentes com TEA, sobre o conceito de um patógeno 'invisível', mas que apresenta risco de uma doença potencialmente grave, em virtude das dificuldades no pensamento abstrato desses indivíduos ou mesmo pela alta prevalência de comorbidades psiquiátricas, a exemplo de DI (MINSHEW; MEYER; GOLDSTEIN, 2002; MUTLUER; DOENYAS; ASLAN GENC, 2020). Por vezes, apesar da compreensão do momento atual, crianças e adolescentes com TEA podem apresentar sintomas de hipersensibilidade que dificultam o uso das máscaras (MUTLUER; DOENYAS; ASLAN GENC, 2020).

Sendo assim, vários pesquisadores têm atentado para como a população de crianças e adolescentes com TEA e suas famílias têm lidado com pandemia COVID-19, especialmente nos períodos mais graves vivenciados como durante ou após *lockdown*. Estudo qualitativo realizado em Israel em amostra clínica, 30 dias após início do primeiro *lockdown* obrigatório em Março de 2020, demonstrou que 31 pais de crianças de 4-6 anos com TEA, abordaram 4 temas nas entrevistas: fechamento do serviço educacional, logística de rotinas alteradas na pandemia (como uma rotina monótona e falta de espaço em casa para brincadeiras), aspectos positivos e negativos de regressão ou evolução dos seus filhos e estratégias de enfrentamento que esses pais estavam sendo convocados a desenvolver para auxiliar seus filhos. As crianças do estudo foram classificadas, quanto à gravidade, como TEA nível 1, 2 e 3,

de forma proporcional com 33% cada (TOKATLY LATZER; LEITNER; KARNIELI-MILLER, 2021). Sobre tais temáticas abordadas nas entrevistas, vale ressaltar que, em Israel, há um sistema de ensino diferenciado para crianças/adolescentes com TEA, onde várias terapias ocorrem durante o período escolar com frequência semanal de 6 dias na escola, classes de até 10 alunos (TOKATLY LATZER; LEITNER; KARNIELI-MILLER, 2021).

Em inquérito *online* aplicado em Abril de 2020, ainda durante o primeiro *lockdown* em Verona - Norte da Itália, pais de 527 indivíduos com TEA, advindos de amostra clínica, com média de idade 13 anos ( $\pm 8,1$ ) e cerca de 33,1% com linguagem verbal fluente, também reportaram dificuldades no manejo das atividades de vida diária e rotina, especialmente relacionadas ao tempo livre e atividades estruturadas. Neste estudo, os pesquisadores utilizaram um questionário elaborado pela equipe de pesquisa com 40 perguntas, parte delas de múltipla escolha e parte de resposta sim ou não. Também demonstrou uma maior intensidade (35,5% das crianças/adolescentes) e maior frequência (41,5% das crianças/adolescentes) de problemas comportamentais comparado ao período pré pandemia. A presença de problemas comportamentais previamente à pandemia demonstrou maior risco do comportamento externalizante tanto em intensidade (odds ratio OR = 2,16; 95% intervalo de confiança IC 1,42-3,29) como em frequência (OR = 2,16; 95% IC 1,42-3,29) (COLIZZI et al., 2020).

Mutluer et al. (2020), aplicaram aos pais de 87 crianças/adolescentes com TEA em Istambul-Turquia, advindos de centro especializado de tratamento, um questionário elaborado pela equipe, contendo perguntas sobre entendimento da pandemia COVID-19, padrão de sono e comportamentos disfuncionais. O questionário foi aplicado no primeiro semestre de 2020, anterior ao *lockdown* obrigatório, apesar de já em curso algumas alterações como fechamento de escolas e rotinas das atividades comerciais. Para comportamentos disfuncionais foi utilizada a *Aberrant Behavior Checklist* (ABC) (LOSAPIO et al., 2011), pontuando antes da pandemia e na pandemia e, para evitar viés de memória, os comportamentos da ABC antes da pandemia foram comparados aos registros médicos dessas crianças/adolescentes. Aos pais também foi aplicada a escala *Beck Anxiety Inventory* (BAI) para avaliação dos sintomas ansiosos dos cuidadores. Dentre os 87 indivíduos com TEA, de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition* (DSM-5), 39 apresentavam TEA nível 1 (48%), 22 nível 2 (27%)

e 21 nível 3 (26%), idades de 3-29 anos com média de 13,96 anos ( $\pm 6,1$ ), sendo 72 (83%) do sexo masculino. 65 indivíduos (75%) eram verbais, 47 (54%) apresentavam deficiência intelectual sendo 31 (36%) deficiência intelectual leve e 16 (18%) moderada a severa. Quanto ao entendimento sobre a situação de pandemia, de acordo com os pais, a maioria não entendia o que é a pandemia COVID-19 ou a necessidade de distanciamento social e, apesar disso, conseguiam realizar as medidas de distanciamento e uso de máscara dentre outras. Houve aumento dos comportamentos autísticos, avaliados pela ABC, no pré pandemia e durante a pandemia, na pontuação total e em todas as subescalas. Para o período da pandemia, também houve correlação positiva entre o escore de ansiedade dos pais, avaliados pela BAI, e a pontuação total da ABC bem como as subescalas de irritabilidade, hiperatividade e linguagem inapropriada da ABC. Para o período pré pandemia, apenas a pontuação da subescala de linguagem inapropriada da ABC se correlacionou com a pontuação dos pais na BAI (MUTLUER; DOENYAS; ASLAN GENC, 2020).

Lugo-Marín et al. (2021), utilizando amostra de centro especializado em tratamento de TEA, compararam dados coletados previamente à pandemia, do instrumento *Child Behavior Checklist* (CBCL), à reaplicação do CBCL em Abril de 2020, com 8 semanas do início do primeiro *lockdown* em Barcelona. O instrumento CBCL é aplicado aos cuidadores (ACHENBACH T; RESCORLA L, 2001). Participaram do estudo 37 pais de crianças de 3-17 anos com TEA, média de idade foi de 10,7 anos ( $\pm 3,4$ ), sendo 70% TEA nível 1 e 30% TEA nível 2; todos possuíam linguagem verbal e não havia dados quanto ao QI. Não houve diferença nos escores, porém quando avaliado quanto ao nível de gravidade do TEA, aqueles indivíduos com TEA nível 2 apresentaram diferença, comparado com o nível 1, com menores escores para Comportamento retraído/Depressão ( $Z=-2,62$ ;  $p=0,01$ ) no CBCL pré pandemia; já na reaplicação na pandemia houve menores escores para Ansiedade/Depressão ( $Z=-2,5$ ;  $p=0,01$ ), Queixas somáticas ( $Z=-2,85$ ;  $p=0,001$ ), Comportamento de quebrar regras ( $Z=-2,1$ ;  $p=0,04$ ), Problemas Internalizantes ( $Z=-2,99$ ;  $p=0,001$ ), e Problemas Totais ( $Z=-2,25$ ;  $p=0,02$ ) comparado aos indivíduos com TEA nível 1. Na comparação pré e durante a pandemia, houve menor escore no CBCL na reaplicação pós *lockdown* para a subescala Comportamento retraído/ Depressão ( $Z=-2,61$ ;  $p=0,01$ ) apenas no grupo TEA nível 1. De uma forma geral, usando um instrumento padronizado, foi encontrado decréscimo de escore, em pelo menos uma subescala do

instrumento, ou seja, menos alterações psicopatológicas quando avaliado de acordo com o nível de gravidade TEA.

Siracusano et al. (2021), também utilizando amostra de centro especializado de tratamento para TEA, avaliaram 85 crianças/adolescentes com TEA, em Roma – Sul da Itália, 8 semanas após o primeiro *lockdown* realizado de Março a Maio 2020. Foi utilizado também o instrumento padronizado CBCL, sendo comparados os resultados anteriores à pandemia com a reavaliação após o *lockdown*. Além de tal instrumento, também foram aplicadas escalas de avaliação de comportamentos adaptativos, mediante a *Adaptive Behavior Assessment System – 2ª edição* (ABAS-II) e comportamentos repetitivos mediante a *Repetitive Behavior Scale-Revised* (RBS-R), este último dividido em comportamentos estereotipados, compulsivos, ritualísticos, restritos e autoagressão. Diferente dos estudos anteriormente citados, neste estudo além do diagnóstico prévio de TEA baseado em critérios clínicos do DSM eram necessários, como critério de inclusão, ter avaliação prévia com o instrumento *Autistic Diagnosis Observation Schedule – second edition* (ADOS-2) corroborando o diagnóstico de TEA. Das 85 crianças, as idades foram de 2-18 anos, sendo 68 (80%) do sexo masculino e 17 (20%) sexo feminino. Quanto à idade, 33 eram pré-escolares e 52 escolares. Atentando para os 52 escolares, a média de idade foi de 9 anos ( $\pm 4,2$ ), 43 do sexo masculino e 9 do sexo feminino; 29 sem DI e 22 com DI (1 sujeito não realizou tal avaliação previamente à pandemia), com escore ADOS mediana 7. Durante o *lockdown*, no grupo dos escolares, 24 crianças/adolescentes realizavam alguma intervenção *online* no mínimo semanal, 19 pais recebiam orientação parental *online* no mínimo semanal. Não houve diferença quanto à reavaliação do ABAS-II, RBS-R ou CBCL. Quando avaliado, dentre os escolares, as habilidades adaptativas avaliadas pela ABAS-II, não houve diferença quanto aos indicadores de DI, intervenção *online* semanal, orientação parental *online* ou pais terem permanecido ou não empregados.

Até o momento, não há estudos adicionais, abrangendo uso de instrumentos padronizados amplamente empregados para avaliação da esfera da ansiedade no TEA, durante a pandemia COVID-19, além dos estudos acima citados utilizando o CBCL.

Estudos com dados de escalas pré e durante a pandemia divergem nos resultados quanto às estereotipias. Siracusano et al. (2021) não encontraram alterações na frequência de estereotipias, utilizando o instrumento padronizado RBS-



R, enquanto Mutluer et al. (2020) demonstraram aumento das estereotipias mediante a subescala de comportamento estereotipado da ABC.

Além dos sinais/sintomas cardinais do autismo, pesquisadores também têm avaliado quanto a outras alterações, a exemplo do sono, na pandemia COVID-19. Estudos reportaram impacto negativo no sono de crianças/adolescentes com TEA. Mutluer et al. (2020), em amostra clínica de 87 crianças com TEA idades de 3 a 29 anos, avaliaram, no primeiro semestre de 2020, anterior ao *lockdown* obrigatório em Istambul-Turquia, aspectos do sono, no último mês e, também, no mês anterior à pandemia, com o questionário *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Foram encontrados: aumento das alterações do sono, redução da duração do sono e piora da qualidade do sono. Türkoğlu et al. (2020) avaliaram o cronotipo de 46 indivíduos com TEA, em amostra clínica em Konya-Turquia, na quinta semana após o início do *lockdown*, em Maio de 2020. As crianças/adolescentes apresentaram idades de 4-17 anos (média 7,89 anos), 38 (83%) do sexo masculino; foram excluídos da amostra os indivíduos com transtornos do neurodesenvolvimento comórbidos. Foram comparados, utilizando instrumentos padronizados como a ABC, dados coletados previamente com a reavaliação durante a pandemia. Foi encontrada maior ocorrência de problemas do sono e de cronotipo vespertino durante o período de confinamento do que antes da pandemia. Também houve, durante o período da pandemia, correlação positiva das pontuações da escala ABC com maior pontuação das escalas de avaliação de problemas de sono e, também, da escala avaliando cronotipo.

Kawabe et al. (2020) realizaram estudo de caso controle no Japão avaliando uso de tela, em indivíduos com e sem diagnóstico de TEA de 6-18anos, após cerca de 45 dias do início do fechamento das escolas - ainda da vigência de tal, em Abril de 2020. Foi aplicado um questionário, aos pais, com perguntas elaborados pelos pesquisadores. O diagnóstico prévio de TEA poderia ter sido não só pelo DSM-5, como na grande maioria dos estudos, mas também pelos instrumentos ADOS-2 ou pelo *Autism Diagnostic Interview-revised* (ADI-R). Dos 84 indivíduos com TEA, 63 (75%) eram do sexo masculino, idade média 11,6 anos ( $\pm 3,1$ ); dos 361 indivíduos sem TEA pareados, 271 (75%) do sexo masculino com idade média de 11,2 anos ( $\pm 3,4$ ). Foi encontrado que o uso de internet ou mídia digital já era maior em horas, aos fins de semana, no grupo de indivíduos com TEA que nos controles. Houve aumento, durante a pandemia, do número de horas de uso de internet em ambos os grupos (TEA e controles). Quando avaliado, entre os grupos, os controles apresentaram

aumento do número de horas, aos fins de semana, de uso de mídias digitais no comparativo pré pandemia e pandemia. Quanto aos questionamentos de “Seu filho está estressado com a pandemia COVID-19?” ou se pais passando maior tempo jogando jogos com os filhos, não houve diferença entre os grupos TEA e controle.

Em estudo de questionário com 9 adolescentes (14-18 anos) com TEA, advindos de classes de ensino especializado na Flórida-Estados Unidos, foi aplicado questionário para avaliar número de horas/dias de exercício físico. A aplicação de questionário ocorreu no pré pandemia, em Março de 2020, e durante o primeiro *lockdown*, em Abril 2020. Foi reportado decréscimo do número de horas/dias de prática de exercícios físicos na pandemia (GARCIA et al., 2021).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quase-experimental do tipo antes e depois acrescido de um estudo observacional analítico transversal com coleta prospectiva de dados.

#### 3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO

Postula-se que crianças e adolescentes com TEA apresentam aumento dos sintomas ansiosos em face à pandemia COVID-19. Também postula-se que haverá associação do QI, interrupção das terapias e alterações do funcionamento diário com maior nível de sintomas ansiosos nesses indivíduos. Além disso, são esperadas alterações do funcionamento diário a exemplo de maior tempo de tela e redução de atividade física.

#### 3.3 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

A pesquisa foi conduzida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente no período de Outubro de 2019 a Setembro de 2021. A coleta de dados foi realizada no período de Junho de 2019 a Outubro de 2020. Em sua fase presencial, de Junho de 2019 até Fevereiro de 2020, ocorreu no Centro de Neuropediatria (CENEP) do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR e após tal foram utilizadas plataformas *online* Google Forms e Google Meet, até Outubro de 2020. Este estudo tratou-se de um braço do estudo: “Deficiência Intelectual e Autismo: caracterização clínica e genética de uma população do Sul do Brasil”; uma parceria entre o Complexo Pequeno Príncipe e o Hospital de Clínicas da UFPR.

#### 3.4 POPULAÇÃO FONTE

Foi constituída por pacientes com TEA e seus responsáveis legais advindos do Ambulatório de Autismo do CENEP, do Ambulatório de Psiquiatria da Infância do Hospital Pequeno Príncipe e daqueles que responderam à carta convite divulgada em grupos de Pais de Autistas em aplicativo *WhatsApp*®. O Ambulatório de Autismo do

CENEP iniciou em 2011 e, atualmente, possui equipe multidisciplinar de avaliação, atendimento e pesquisa em TEA possuindo cerca de 120 pacientes em atendimento regular por ano. Fazem parte do ambulatório uma psiquiatra da Infância e Adolescência, dois neuropediatras, além de residentes médicos e voluntários das áreas de Psicologia, Psicopedagogia e Terapia Ocupacional. A maioria dos pacientes é proveniente de Curitiba e da Região Metropolitana, mas também há pacientes do interior do estado do Paraná em acompanhamento. O Ambulatório de Psiquiatria da Infância do Hospital Pequeno Príncipe vem funcionando diariamente em horário comercial desde 2012. Em tal ambulatório é realizado o atendimento de pacientes com transtornos psicóticos, transtornos hiper-cinéticos dentre outros e, também, de pacientes com TEA. No ano de 2019 possuíam 203 pacientes em atendimento regular, sendo 3% com TEA (6 pacientes). Além do ambulatório geral, a Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Pequeno Príncipe possui parceria com o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS), possuindo 60 pacientes em atendimento regular no ambulatório PRONAS com 33% com TEA (20 pacientes). A partir de março de 2020, em virtude da pandemia COVID-19, foi redigida uma carta convite com telefone dos pesquisadores e divulgada em grupos de Pais de Autistas em aplicativo *WhatsApp*®. Um total de 65 famílias contactaram os pesquisadores manifestando interesse em participar. Mediante contato destes responsáveis legais, foram avaliados os critérios de inclusão e exclusão abaixo relacionados.

### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- (a) ter idade de 6 a 18 anos;
- (b) ter diagnóstico clínico prévio de Transtorno do Espectro Autista (TEA) pelos critérios do DSM-5/Classificação Internacional de Doenças (CID 10);
- (c) estar alfabetizado(a);
- (d) residir no estado do Paraná;
- (e) assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndices 1, 2, 3 e 4) pelo responsável legal, quanto à aplicação de todos os instrumentos de avaliação necessários à pesquisa

(f) assinatura do termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) (Apêndices 5, 6 e 7), pelo paciente, relacionado à aplicação inicial do instrumento *Screen for Children Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) (Anexos 1 e 2) e reaplicação

### 3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

(a) pacientes ou familiares que não fornecessem informações suficientes para as análises da pesquisa: não preenchimento mínimo de 70% (equivalente a 29 das 41 questões) do instrumento SCARED versões parental e autorrelato (Anexos 1 e 2); não preenchimentos mínimo de 70% (equivalente a 65 das 93 questões) do instrumento Questionário de Impacto do Coronavírus na Saúde (CRISIS) – adaptado para Autismo e Transtorno do neurodesenvolvimento (AFAR): formulário da linha de base dos pais/cuidador 3-21 anos (Anexo 3);

(b) no momento das entrevistas: se os pacientes ou os responsáveis legais apresentassem qualquer patologia física ou mental que comprometesse a entrevista semiestruturada *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children Present and Lifetime version* versão brasileira (K-SADS-PL-2013) a exemplo de surdez com necessidade de linguagem em libras ou discurso sugestivo de deficiência intelectual grave ou psicose;

(c) retirada do TCLE e/ou do TALE (Apêndices 1 a 7) a qualquer momento do estudo

### 3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

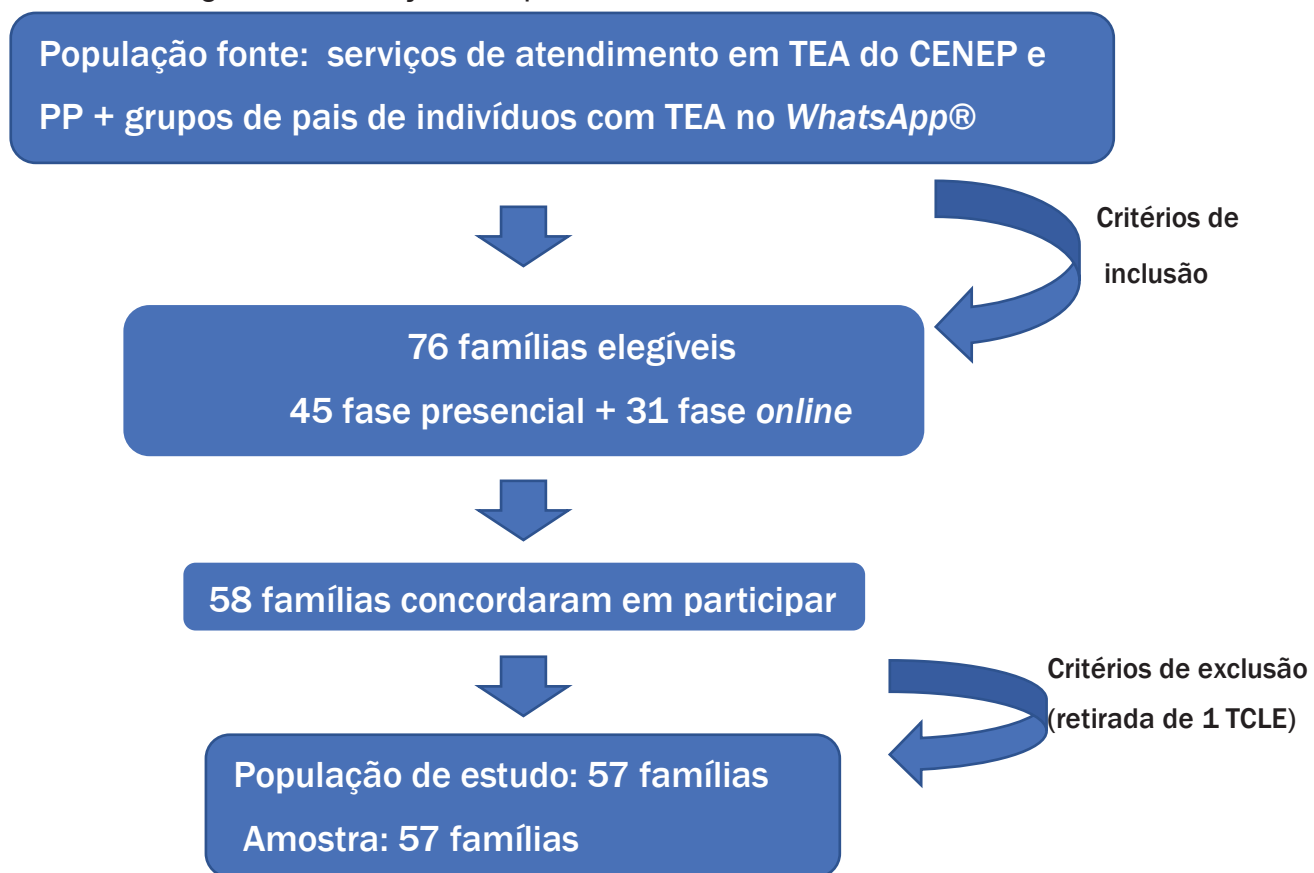
Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 45 sujeitos foram elegíveis ao estudo em sua fase presencial (Junho de 2019 a Fevereiro de 2020) e 31 sujeitos elegíveis ao estudo na fase *online* de coleta de dados do mesmo, de Março de 2020 a Outubro de 2020, com a pandemia COVID-19. Todos esses 76 sujeitos com seus responsáveis legais, advindos dos ambulatórios do Pequeno Príncipe e CENEP e dos grupos de *Whatsapp*®, foram convidados a participar do estudo e 58 responderam ao convite e aceitaram participar. Quanto aos critérios de exclusão, 1 família retirou o TCLE, sendo assim a população de estudo se constituiu por 57 famílias. Não foi

necessário aplicação do critério de exclusão quanto ao preenchimento do instrumento SCARED ou CRISIS AFAR (Figura 1).

### 3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Nenhuma técnica de amostragem foi aplicada, sendo assim a amostra foi igual à população de estudo (Figura 1). Foi uma amostra de conveniência.

FIGURA 1. Fluxograma da seleção dos pacientes



FONTE: A autora (2021).

### 3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

#### a) Ficha de coleta de dados (Apêndice 8)

Esta ficha foi elaborada para a pesquisa principal e, para este estudo braço de tal, foram coletadas dela algumas variáveis.

Variáveis da criança/adolescente: data de nascimento; sexo; medicamentos em uso pelo paciente

Variáveis dos pais: tratamento atual ou prévio em psiquiatria, tratamento atual ou prévio em psicologia.

Variáveis socioeconômicas: escolaridade da criança/adolescente; escolaridade dos pais; renda familiar.

b) Variáveis obtidas nos instrumentos de pesquisa

Pontuação total e por fatores no *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) versões autorrelato e parental (Anexos 1 e 2);

Dados obtidos no *Questionário de Impacto do Coronavírus na Saúde CRISIS* – adaptado para autismo e Transtornos do Neurodesenvolvimento (AFAR): formulário da linha de base para Pais/Cuidador 3-21 anos (Anexo 3).

Pontuação de quociente de inteligência na bateria neuropsicológica WISC-IV total e pontuação dos índices do mesmo

Pontuações total e dos subitens no ADOS-2 e ADI-R.

Diagnóstico de comorbidades psiquiátricas no K-SADS-PL-2013;

### 3.10 INSTRUMENTOS

a) Escala *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) (Anexos 1 e 2)

A escala originalmente desenvolvida por Birmaher e colaboradores, em 1997, constava de 38 itens com o objetivo de avaliar sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes, apresentando uma versão de autorrelato e outra de relato parental (BIRMAHER et al., 1997). É aplicada a pacientes de 8-18 anos e/ou aos seus cuidadores e seus scores indicam o grau de frequência/intensidade dos sintomas de ansiedade, divididos em 5 fatores (BIRMAHER et al., 1997). Diversas versões da SCARED vêm sendo desenvolvidas desde a publicação original (BIRMAHER et al., 1999) com tanto a versão de autorrelato como parental obtendo boas propriedades psicométricas (BODDEN; BÖGELS; MURIS, 2009; CROCKETTI et al., 2009). Em sua versão com 41 itens, demonstrou, tanto em sua versão autorrelato como parental, tamanho de efeito com excelente consistência interna com alfa de Cronbach de 0,921 e 0,925, respectivamente (RUNYON; CHESNUT; BURLEY, 2018) Com relação aos 5 fatores, apresentou consistência interna com alfas de 0,755-0,865 (RUNYON; CHESNUT; BURLEY, 2018). Em estudo de meta-análise, Runyon et. al (2018)

demonstrou grande tamanho de efeito ( $r = 0,510$ ) em relação à concordância entre versão parental e autorrelato na pontuação total; na pontuação por fatores encontrou moderado tamanho de efeito para TAG ( $r = 0,398$ ) e FS ( $r = 0,393$ ). Sendo assim, é uma escala amplamente utilizada em estudos internacionais com boas propriedades psicométricas já bem estabelecidas em vários países (HALE et al., 2011; RUNYON; CHESNUT; BURLEY, 2018). Sendo assim, alguns estudos avaliaram as propriedades psicométricas da SCARED no TEA de forma a avaliar se esse instrumento era capaz de capturar a ansiedade nesta população com características centrais tão diversas e heterogêneas. Stern et al. (2014), investigaram 119 crianças/adolescentes com TEA, idades de 7-18 anos e com QI verbal mínimo de 70, utilizando a *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS) (SILVERMAN; ALBANO, 1996) ou Kiddie SADS (KAUFMAN et al., 1997) para o diagnóstico de transtorno ansiosos. Neste estudo a SCARED demonstrou boa consistência interna com alfa de Cronbach da pontuação total de  $r = 0,90$  para versão parental e  $r = 0,92$  para versão autorrelato; nos fatores apresentou alfa de 0,62-0,89 sendo tais resultados semelhantes aos estudos de validação originais (BIRMAHER et al., 1997, 1999). Blakeley et al. (2012), usando amostra semelhante, demonstraram concordância de moderada a significativa entre as pontuações total e por fatores das versões parental com as pontuações da versão autorrelato : valores 0,52 pra pontuação total; FE 0,27; TAG 0,34; TP 0,50; FS 0,59 e com a maior concordância para sintomas de TAS 0,71. Quando avaliando características dos participantes, a habilidade metacognitiva se correlacionou com maior concordância entre pontuação parental e autorrelato para a FS; o mesmo para QI verbal nos fatores de TAS, FE e na pontuação total (BLAKELEY-SMITH et al., 2012). Outros estudos também encontraram boas propriedades da SCARED em crianças/adolescentes com TEA (LOHR et al., 2017; CARRUTHERS et al., 2020) quando comparado a instrumentos não diagnósticos como a bateria *Achenbach System of Empiracally based Assessment* (ASEBA) (ACHENBACH T; RESCORLA L, 2001) e *Spence Children Anxiety Scale* (SCAS) (SPENCE, 1998), sendo assim, recomendaram uso das pontuações total e de ambas as versões para rastreio de sintomas ansiosos nessa população (LOHR et al., 2017; CARRUTHERS et al., 2020)

No Brasil, a versão da SCARED com 41 itens (BIRMAHER et al., 1999) passou por tradução e adaptação cultural, em 2008, pela Dra. Gisele Gus Manfro e colaboradores bem como posteriormente avaliação das suas propriedades psicométricas, sensibilidade e especificidade (ISOLAN et al., 2011a, 2011b;



DESOUSA et al., 2013). A escala SCARED está disponibilizada de forma gratuita mediante contato eletrônico com os colaboradores da versão brasileira. Os itens do instrumento se dividem em cinco fatores: pânico/sintomas somáticos; ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobia social e recusa escolar. A diferença para a escala original é o acréscimo de 3 itens no fator fobia social. As respostas são coletadas em uma escala de frequência e intensidade dos sintomas, nos últimos três meses, pontuando em uma escala ordinal de 0 a 2: 0 ponto para “nunca ou raramente verdadeiro”; 1 ponto para a resposta “algumas vezes verdadeiro” e 2 pontos para a resposta “bastante ou frequentemente verdadeiro”. Pontos de corte são definidos para a pontuação total e para cada um dos fatores: na versão de 41 itens, a pontuação irá variar de 0 a um máximo de 82 pontos. É considerada triagem positiva para sintomas ansiosos quando  $\geq 25$  pontos. Para cada fator há pontos de corte específicos: a) pânico/sintomas somáticos, pontuação  $\geq 7$  nos 13 itens referentes a tal (perguntas 1,6,9,12,15,18,19,22,24,27,30,34,38 da escala); b) ansiedade generalizada pontuação  $\geq 9$  nos 9 itens (perguntas 5,7,14,21,23,28,33,35,37); c) ansiedade de separação pontuação  $\geq 5$  nos 8 itens (perguntas 4,8,13,16,20,25,29,31), d) fobia social pontuação  $\geq 8$  nos 7 itens (3,10,26,32,39,40,41); e) recusa escolar  $\geq 3$  nos 4 itens referentes a tal (2,11,17,36). A aplicação dessa escala demora de 10-15 minutos, sendo que para crianças de 8-11 anos pode ser feita a leitura dos itens pelo aplicador. Não é necessário treinamento específico para aplicação dessa escala, podendo ser aplicada por qualquer profissional da saúde. Nesta pesquisa, foram considerados para análise estatística apenas aqueles que realizassem o preenchimento mínimo de 95% (equivalente a 39 das 41 questões) do instrumento SCARED versões parental e autorrelato (Anexos 1 e 2).

b) *CoRonavlrus Health Impact Survey (CRISIS) – Adapted for Autism and Related Neurodevelopmental conditions (AFAR): Parent/Caregiver Baseline Form (3-21 anos)*, traduzido como Questionário de Impacto do Coronavírus na Saúde CRISIS) – adaptado para autismo e Transtornos do Neurodesenvolvimento (AFAR): formulário da linha de base para Pais/Cuidador (3-21 anos) (Anexo 3).

O instrumento original CRISIS foi desenvolvido para avaliar o impacto da pandemia COVID-19 em crianças/adolescentes e adultos, demonstrando boa confiabilidade e validade de constructo na amostra piloto com indivíduos dos Estados Unidos e Reino Unido (NIKOLAIDIS et al., 2021). O instrumento CRISIS foi adaptado,

por Adriana Di Martino et al. (2020), para a população de indivíduos com TEA resultando no CRISIS AFAR. O questionário CRISIS AFAR apresenta versões autoaplicáveis: a) parental/cuidadores linha de base para crianças e adolescentes com 3-21 anos; b) versão autorrelato linha de base para indivíduos acima de 14 anos; c) versões parental e autorrelato de acompanhamento dos questionários anteriores especificados (ADRIANA DI MARTINO, 2020). São questionários gratuitos e disponibilizados no site <http://www.crisissurvey.org/crisis-afar/>. Foram mantidos os fatores do CRISIS, a citar: Informações gerais (por exemplo, dados demográficos, situação familiar financeira); Status de saúde e exposição ao Coronavírus/COVID-19; Mudanças na vida provocadas pela crise do Coronavírus/COVID-19; Comportamentos do dia a dia; Uso de mídia digital; Emoções e preocupações; Uso de substâncias. Houve acréscimo, para o CRISIS AFAR, dos fatores Comportamentos e interesses, Escola e Serviços/Suporte. De uma forma geral, os fatores englobam perguntas diversificadas acerca da saúde física e mental, do cotidiano bem como realização de terapias e acesso modificado à escola, reações adaptativas ao estresse e alterações de hábitos e comportamentos de crianças e adolescentes com TEA ou outros transtornos do neurodesenvolvimento nos 3 meses anteriores à pandemia COVID-19 e, também, nas últimas 2 semanas. Baseado nos fatores os grupos são divididos de acordo com melhora, piora ou estabilidade dos sintomas/comportamentos. No Brasil, a tradução e edição do inglês para o português brasileiro foi realizada pela pesquisadora deste estudo em conjunto com a psiquiatra Cristiane Tezzari Geyer. Após tradução e retrotradução, as versões para uso no Brasil foram autorizadas pela equipe internacional da pesquisadora Adriana Di Martino e estão em fase de inclusão, pelos profissionais da tecnologia de informação, no site <http://www.crisissurvey.org/crisis-afar/>. Na nossa pesquisa foi aplicada a versão parental/cuidadores linha de base para crianças e adolescentes com 3-21 anos; tempo estimado de resposta de 45 minutos. O propósito principal nosso do estudo foi a ansiedade, além disso pelo número reduzido de sujeitos, quando das comparações com a escala SCARED, as assertivas do instrumento CRISIS AFAR foram agrupadas em sim ou não, por exemplo para questão 32, 'sim' englobou as assertivas de b-e; 'não' englobou a assertiva a. Na avaliação do funcionamento diário nos 3 meses antes da pandemia e nas últimas 2 semanas na pandemia, foi optado pela avaliação como categórica ordinal ao invés de fatores. Nosso grupo de pesquisa também tem prevista a publicação posterior quanto aos parâmetros e resultados utilizando análise fatorial

do instrumento CRISIS AFAR em amostra brasileira. Nesta pesquisa, foram considerados para análise estatística apenas aqueles que realizassem o preenchimento mínimo de 95% (equivalente a 89 das 93 questões) do CRISIS AFAR - formulário da linha de base dos pais/cuidador 3-21 anos (Anexo 3).

c) *Versão Brasileira da Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL-2013)*

A primeira versão, chamada K-SADS Present State (K-SADS-P) foi desenvolvida por J. Puig-Antich e W. Chambers em 1978. A K-SADS encontra-se entre os instrumentos mais utilizados na Psiquiatria da Infância e da Adolescência sendo aplicada para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. A versão K-SADS-PL foi adaptada e validada no Brasil por Brasil et. al, 2003 (BRASIL H; BORDIN I, 2010). A versão atualizada pelo DSM-5 (o qual foi publicado em 2013), denominada K-SADS-PL-DSM-5, foi traduzida do inglês para o português brasileiro por Arthur Caye e colaboradores em 2017 (ARTHUR CAYE et al., 2017) e ainda não se encontra validada no Brasil, porém pelo uso difundido dos critérios do DSM-5, desde 2013, na grande maioria dos estudos da área de Psiquiatria da Infância e Adolescência foi optado por utilizar a última versão, ou seja, o K-SADS-PL-DSM-5. A versão atualizada tem como maiores diferenças a inclusão do TEA e do Transtorno disruptivo da desregulação do humor. Esse instrumento deve ser aplicado em separado (paciente e pais) e sua aplicação total, somando ambos, geralmente dura de 3h a 3h30h. Esse instrumento permite o diagnóstico de transtornos psiquiátricos e, por se tratar de uma entrevista clínica semiestruturada, é necessário conhecimento clínico sobre as patologias psiquiátricas na Infância e Adolescência, sendo no Brasil aplicado apenas por profissionais médicos. Nesta pesquisa, foi realizada uma etapa pré-campo: as primeiras 10 avaliações foram conduzidas em conjunto pelas quatro psiquiatras do estudo de forma a pontuarem o instrumento e discutirem posteriormente.

d) *Bateria Wechsler Intelligence Scale for Children Fourth edition (WISC-IV)*

É um instrumento clínico largamente utilizado para avaliar a capacidade intelectual das crianças e adolescentes. Pode ser aplicado em indivíduos de 6 anos a 16 anos e 11 meses. É composto por 15 subtestes, sendo 10 principais e 5 suplementares. Caso haja impossibilidade de realização de algum dos subtestes principais, devido, por exemplo, a dificuldades sensoriais ou motoras da criança, então

serão aplicados os testes suplementares. Além da medida do quociente de inteligência total (QI), o teste fornece quatro índices fatoriais: Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptual, Índice de Memória Operacional e Índice de Velocidade de Processamento, possuindo versão em português para uso no Brasil (VIDAL, 2011; VIDAL; FIGUEIREDO, 2013). Esta bateria de testes tem tempo estimado de aplicação de 70 minutos e o treino e aplicação desta bateria só é permitido a psicólogos.

*e) Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*

Trata-se de um instrumento diagnóstico de autismo, composto por um roteiro de entrevista semiestruturado com 93 itens. Possui perguntas sobre os 5 primeiros anos de vida do paciente e sobre o comportamento atual. Esse instrumento avalia crianças e adultos com idade mental acima de 2 anos; é feita aplicação junto ao cuidador. A versão brasileira foi traduzida e suas propriedades psicométricas avaliadas, de forma preliminar, em caso controle com 20 crianças/adolescentes com TEA e 20 sem TEA e com DI; apresentando boas propriedades psicométricas com alfa de Cronbach de 0,97; boa consistência externa para todos os itens do algoritmo de diagnóstico e com kappa médio de 0,82 (BECKER et al., 2012). É dividido em 4 domínios: A (alterações qualitativas da interação social recíproca), B (alterações qualitativas da comunicação), C (padrões de comportamentos restritivos, repetitivos e estereotipados) e D (alterações de desenvolvimento evidentes aos 36 meses). O algoritmo diagnóstico para 4 anos em diante apresenta pontos de corte para cada um dos domínios acima; no algoritmo de comportamento atual não há pontos de corte. Seu tempo estimado de aplicação é de 90 a 120 minutos, podendo ser mais demorada quando investigando crianças maiores ou adultos. Para aplicação deste instrumento, os profissionais da Psicologia vinculados ao estudo genético maior, realizaram treinamento específico. O ADI-R não é permitido para uso clínico, somente em casos de pesquisa, pois não há padronização e validação em nossa população brasileira.

*f) Autistic Diagnostic Observation Schedule Second edition (ADOS-2)*

É uma bateria de avaliação semiestruturada para sujeitos com suspeita de TEA. É utilizado no diagnóstico de autismo. Assim como a ADI-R, esse instrumento requer treinamento específico para seu uso e poucos profissionais possuem habilitação para aplicação desses instrumentos no Brasil. O grupo de Pacífico et al. (2019) realizaram

a tradução para português brasileiro e retrotradução. É composto por 5 módulos, podendo ser usado para avaliação de crianças com idade a partir de 1 ano (12 meses) até a idade adulta. Levando em consideração a idade da criança e seu repertório verbal vocal, é escolhido o módulo a ser aplicado. No módulo 3, são avaliados os desempenhos quanto à esfera da Comunicação (C), Interação social recíproca (ISR) e Comportamentos Restritivos e repetitivos (CRR), os quais somados são o escore total do instrumento nesse módulo. A soma da C + ISR resulta no escore de Esfera Social. As possíveis classificações são Autista, Espectro autista, Negativo para TEA. Para aplicação deste instrumento, os profissionais da Psicologia vinculados ao estudo genético maior, realizaram treinamento específico. O ADOS-2 não é permitido para uso clínico, somente em casos de pesquisa, pois não há padronização e validação em nossa população brasileira.

### 3.11 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO

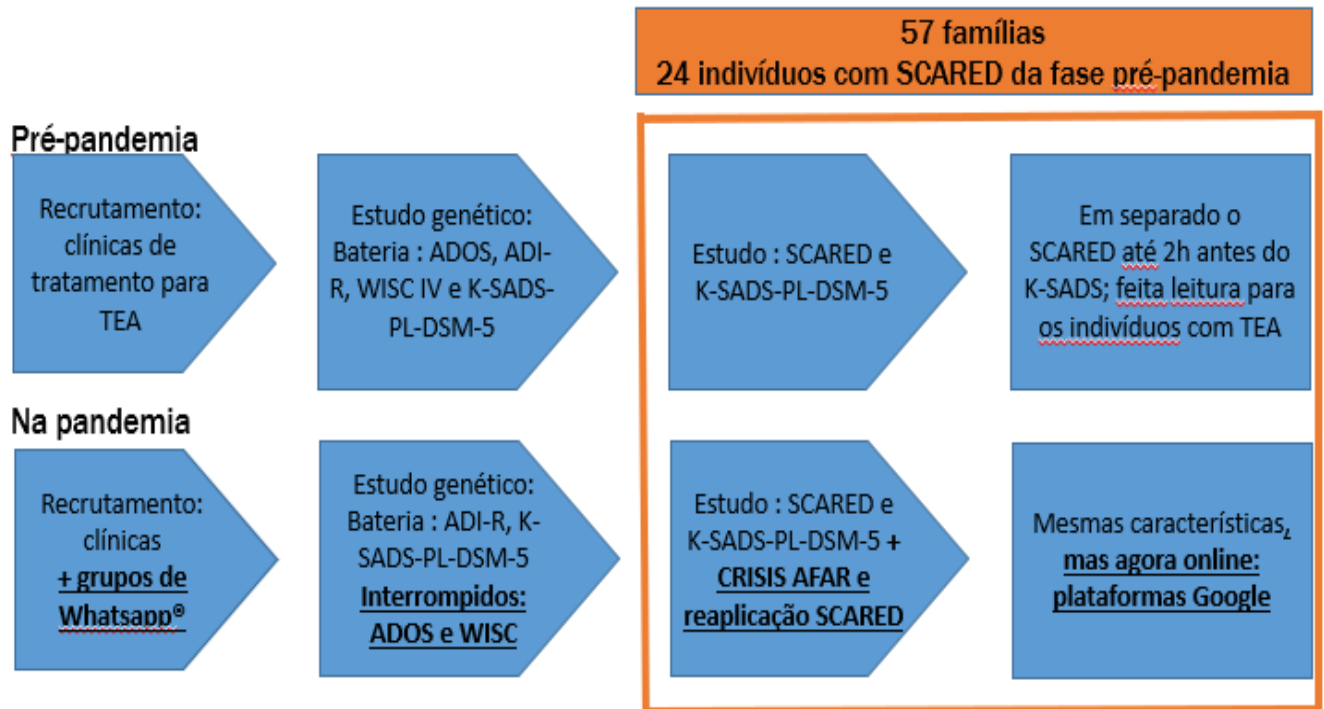
Anteriormente à pandemia COVID-19, os participantes foram recrutados na Unidade Ambulatorial de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Pequeno Príncipe e do ambulatório de autismo do CENEP e entraram para o estudo genético maior. Aqueles que aceitaram participar do estudo maior, completaram uma bateria diagnóstica que incluiu os seguintes instrumentos de avaliação: protocolo clínico inicial, K-SADS-PL-DSM-5, ADI-R, ADOS-2 e WISC – IV, dentre outros (Figura 2). Àqueles que não aceitaram, foi mantido o tratamento nos referidos serviços sem qualquer prejuízo aos mesmos. Foi realizada a aplicação dos instrumentos: a) entrevista semiestruturada K-SADS-PL-DSM-5 para diagnóstico do TEA e de comorbidades nesses sujeitos, a exemplo de transtornos ansiosos nessas crianças e adolescentes com TEA; b) escala SCARED versão autorrelato e relato parental. Ambos os instrumentos foram aplicados de forma individual e presencial ao sujeito e seu responsável legal; primeiramente a escala SCARED por ser um instrumento de rastreio e, após, então a entrevista K-SADS-PL-DSM-5 (Figura 2). A escala SCARED foi aplicada por uma das psiquiatras da equipe, sendo feita a leitura para a criança de forma a evitar o preenchimento incompleto. O intervalo de aplicação entre ambos não ultrapassou 2h. Enquanto o responsável legal respondia ao K-SADS-PL-DSM-5, o paciente ficou em sala com atividades recreativas acompanhado de membros da equipe.

Com a pandemia COVID-19, também realizado recrutamento em grupos de *WhatsApp*® de mães/pais de pacientes com Autismo. Àqueles que aceitaram participar do estudo maior com suas adaptações nessa nova fase, era então, realizado contato e, após concordância, agora por meio eletrônico de TCLE/ TALE, aplicados os instrumentos SCARED, CRISIS AFAR, K-SADS-PL-DSM-5 e ADI-R (Figura 2). SCARED e CRISIS AFAR foram realizados em plataforma Google Forms com preenchimento individual após o envio de link para *WhatsApp*® ou e-mail para o responsável legal. Dentre aqueles sujeitos com 8-18 anos que já haviam sido incluídos nessa pesquisa em sua fase presencial, também foram reaplicados os questionários SCARED parental e autorrelato na plataforma Google Forms. Foi solicitado ao cuidador que estivesse junto com a criança/adolescente, no acesso supervisionado à internet, mas que não interferisse nas respostas do SCARED do sujeito, apenas permanecendo no ambiente. No questionário via Google forms era obrigatório preenchimento de todas as questões do SCARED.

Na versão *online*, em virtude das particularidades de pacientes com Transtorno do Espectro Autista, o K-SADS-PL-DSM-5, por se tratar de uma entrevista mais extensa, foi aplicado apenas quando adolescente >13 anos. Foi aplicado com cuidador e adolescente, em separado, por videoconferência não gravada na plataforma Google Meet. Diferentemente do SCARED, não foi possível a permanência do cuidador no mesmo ambiente para que não houvesse interferência nas respostas. Portanto, foi especificado que após aquele contato inicial com o cuidador seria iniciada a entrevista com o adolescente e ao término desta (conclusão, falha técnica ou desistência do adolescente em participar) imediatamente foi realizado contato com cuidador comunicando do término do K-SADS-PL-DSM-5. O intervalo de aplicação entre primeiro o SCARED para rastreio e depois o K-SADS-PL-DSM-5, quando este último foi realizado, também não ultrapassou 2h tal qual foi a aplicação presencial.

O instrumento ADI-R foi aplicado, pela equipe da Psicologia, por videoconferência não gravada na plataforma Google Meet. Quando da entrada no estudo maior, o protocolo clínico inicial - contendo dados de renda, idade, medicamentos em uso dentre outros - passou a ser enviado por e-mail, ao responsável legal, em versão word para preenchimento. Durante a pandemia foram interrompidas as aplicações do WISC-IV e ADOS-2 vinculadas ao estudo maior (Figura 2).

FIGURA 2 – Procedimentos de estudo



FONTE: A autora (2021).

Os dados obtidos e registrados do protocolo clínico, e pontuações em escala SCARED, ADOS-2, ADI-R ou bateria WISC-IV foram armazenados em pasta única e confidencial, com acesso apenas pelos pesquisadores envolvidos na pesquisa em armário trancado com chave de posse apenas dos pesquisadores.

### 3.12 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Para os instrumentos de SCARED (Anexos 1 e 2) ou K-SADS-PL-DSM-5, foram aplicados pelas 4 psiquiatras da Infância e Adolescência. Na versão *online* o próprio responsável legal pôde aplicar o questionário SCARED autorrelato à criança ou adolescente bem como preencher a versão parental em plataforma *online*. Para os instrumentos WISC-IV, ADOS-2 e ADI-R, estes foram aplicados pelos 4 psicólogos do estudo genético maior.

Posteriormente os dados foram coletados das folhas de respostas dos instrumentos acima mencionados bem como do protocolo clínico de entrada do estudo e, então, digitados em planilha eletrônica, conferidos e exportados, pela pesquisadora

principal desse estudo, para o *software* de estatística *Jamovi*®, disponível de forma gratuita *online*.

### 3.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio padrão (média  $\pm$  DP) para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas, valores mínimo e máximo (mediana, mínimo – máximo) para as de distribuição assimétrica. A estimativa da diferença de variáveis contínuas de distribuição simétrica foi realizada pelo teste paramétrico t de *Student*. Na avaliação dos dados pré e na pandemia, quando assimétrica ou variável categórica ordinal, foi realizado teste não paramétrico, teste de Wilcoxon. Quando da comparação dos dados antes da pandemia e na pandemia, utilizando variáveis categóricas binárias, foi utilizado teste de McNemar. A estimativa de associação entre variáveis categóricas binárias foi realizada pelos testes exato de Fisher e qui-quadrado de Pearson; quando necessário foi realizada a correção de Yates. A correlação entre variáveis contínuas foi realizada pela Correlação de Pearson ou de Spearman. Para todos os testes foi considerado um nível mínimo de significância de 5%.

### 3.14 ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa aqui proposta tratou-se de um estudo realizado como um braço de um estudo maior intitulado “Deficiência Intelectual e Autismo: caracterização clínica e genética de uma população do Sul do Brasil”, uma parceria entre Complexo Pequeno Príncipe e o Hospital de Clínicas da UFPR. Este estudo maior foi aprovado no Comitê de Ética do Complexo Hospital das Clínicas da UFPR (Certificado de apresentação para Apreciação Ética 70043317.4.3001.0096 na Plataforma Brasil), no mês de Abril de 2019 (parecer número: 3.240.559) e previamente aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e da Faculdade Pequeno Príncipe (Certificado de apresentação para Apreciação Ética 70043317.4.0000.5580), em dezembro de 2018 (parecer número: 3.097.332). O estudo aqui descrito foi aprovado no Comitê de Ética do Complexo Hospital das Clínicas da UFPR (Certificado de apresentação para Apreciação Ética 13555419.2.0000.0096), no mês de Junho de 2019 (parecer número:



3.406.531) e quando das alterações realizadas devido à pandemia COVID-19 foi submetida emenda e aprovada (parecer número: 4.215.035).

Os TCLEs e TALEs encontram-se nos Apêndice 1 a 7, cópias das versões físicas quando da pesquisa presencial e TCLEs eletrônicos a partir da pandemia COVID-19. Os pesquisadores comprometeram-se a desenvolver esta pesquisa seguindo os princípios ético-legais e respeitando o caráter de confidencialidade dos dados coletados. Em nenhum momento será divulgado publicamente os resultados de forma que permita serem identificados os dados aos sujeitos da pesquisa.

### 3.15 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada considerando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e da instituição, de acordo com o compromisso firmado com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, desde a submissão do projeto.

### 3.16 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Esta pesquisa não recebeu fomento. Contou com o apoio e participação do CENEP e Ambulatório de Psiquiatria da Infância do Hospital Pequeno Príncipe disponibilizando espaço físico para atuação dos profissionais da Psiquiatria. Não houve ônus nem insumos para o CHC/UFPR e a pesquisadora se responsabilizou pelos gastos decorrentes da realização da pesquisa aqui descrita.

O estudo maior “Deficiência Intelectual e Autismo - Caracterização Clínica e Genética de uma População do Sul do Brasil”, do qual esse foi um braço, recebeu fomento do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) do Ministério da Saúde no valor total de R\$1.745.743,11. Houve apoio e participação do Centro de Genética Molecular e Pesquisa do Câncer em Crianças (CEGEMPAC), disponibilizando espaço físico para atuação dos profissionais da Psicologia, vinculados ao estudo maior, na aplicação dos instrumentos.

## 4 RESULTADOS

A amostra se constituiu por 57 crianças/adolescentes e seus familiares. Destes, 49 (86%) eram do sexo masculino e 8 (14%) do sexo feminino (Tabela 1). As crianças/adolescentes apresentaram média de idade de 11 anos ( $11 \pm 2,95$ ); os pais apresentaram média de 39,5 anos ( $39,5 \pm 5.64$ ).

Dentre as crianças/adolescentes, 32 (56%) frequentavam o ensino fundamental até 5º ano; 18 (32%) dos 6º ao 9º ano; 6 (10%) frequentavam o ensino médio e 1 (2%) a universidade/ensino técnico (Tabela 1).

TABELA 1 Dados demográficos das crianças/adolescentes com TEA

<b>Dados (n=57)</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Sexo M/F	49/8	86%/14%
Idade		
6-10 anos	30	53%
11-14 anos	20	35%
15-17 anos	4	7%
18 anos	3	5%
Escolaridade dos sujeitos		
Fundamental até 5º ano	32	56%
Fundamental 6º a 9º ano	18	32%
Ensino médio	6	10%
Universidade	1	2%

Quanto à escolaridade dos pais, acima de 90% apresentou no mínimo o Ensino médio completo; a renda em número de salários-mínimos apresentou média 6 ( $6 \pm 5$ ). A maioria dos questionários foram preenchidos pelas genitoras (98%) e a proporção de indivíduos na casa/número de quartos foi de 1,4 (Tabela 2).

TABELA 2 Dados demográficos dos cuidadores

<b>Dados (n=57)</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
Resposta do CRISIS AFAR		
Genitora	56	98%
Genitor	1	2%
Escolaridade do cuidador principal		
Ensino fundamental	1	2%
Ensino médio incompleto	2	3%
Ensino médio completo/EJA	10	18%
Ensino superior incompleto/completo	25	44%
Pós-graduação incompleta/completa	19	33%
Escolaridade do outro cuidador		
Ensino fundamental	2	3%
Ensino médio incompleto	3	5%

Ensino médio completo/EJA	17	30%
Ensino superior incompleto/completo	22	39%
Pós-graduação incompleta/completa	13	23%
Renda total do domicílio		
1-2 salários mínimos	12	21%
3-4 salários mínimos	18	32%
5-6 salários mínimos	6	10%
7-8 salários mínimos	5	9%
9-10 salários mínimos	4	7%
>10 salários mínimos	9	16%
Ignorado	3	5%
Suporte pelo governo (BPC, Bolsa família, outros)		
Sim	10	18%
Não	47	82%
Total de moradores no domicílio		
2	3	5%
3	14	24%
4	28	49%
5	9	16%
6	2	4%
7	1	2%%
Total de quartos		
2	16	28%
3	37	65%
4	4	7%

Legenda: EJA: Educação de Jovens Adultos; Cuidador principal: aquele que respondeu ao questionário; BPC: Benefício de Prestação Continuada;

Em 36 crianças/adolescentes foram aplicados o WISC-IV e o ADOS-2. O quociente de inteligência total (QIT) apresentou mediana de 95 pontos (95, 55-118), com 29 (81%) da amostra com QIT acima de 70 pontos; 7 (19%) indivíduos com DI leve. A pontuação no ADOS-2 Esfera Social (soma das pontuações de comunicação e interação social recíproca) obteve média 11,5 (11,5  $\pm$ 4,18) e a pontuação Total (soma das Esfera Social e Comportamento restrito e repetitivo) média de 13,3 (13,3  $\pm$  5,1). Segundo o instrumento ADOS-2, 29 (80,5%) crianças/adolescentes foram classificadas como Autismo, 6 (16,6%) do Espectro Autista e 1 (2,7%) foi classificada como Não TEA. Esta criança atingiu todos os pontos de corte no instrumento ADI-R. O instrumento ADI-R foi aplicado em 57 crianças/adolescentes, sendo 1 (2%) negativa para TEA, porém classificada como Autista pelo instrumento ADOS (Tabela 3). Pelo DSM-5, todas os indivíduos foram classificados como TEA nível 1 (Tabela 3).

TABELA 3 Dados clínicos das crianças/adolescentes com TEA

<b>Dados clínicos</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
ADI-R		
Total de avaliações	57	100%
Positivo para TEA	56	98%
Negativo para TEA	1	2%
ADOS-2		
Total de avaliações	36	100%
Positivo para TEA	35	97%
Negativo para TEA	1	3%
Comorbidade psiquiátrica		
Total de avaliações	33	100%
Ausente	6	18 %
1 comorbidade	9	27%
2 ou mais comorbidades	18	55%
Diagnósticos psiquiátricos comórbidos ao TEA		
TDAH (combinado ou desatento)	17	52%
Fobias específicas	15	45%
Transtorno ansioso (TAG ou TAS)	6	18%
Tiques	5	15%
TOC	2	6%
TOD	2	6%
Distímia	1	3%
Enurese diurna	1	3%
Encoprese sem constipação	1	3%

Foi aplicado o instrumento K-SADS-PL-DSM-5 em 33 crianças/adolescentes, sendo 30 aplicações presencial e 3 online, 27 indivíduos (82%) apresentaram comorbidade no passado ou presente (Tabela 3). Os diagnósticos atuais encontrados foram TDAH 17 (52%), transtornos ansiosos 6 (18%), fobias específicas 15 (45%), tiques 5 (15%), TOC 2 (6%), Transtorno opositor desafiador (TOD) 2 (6%), Distímia 1 (3%), Enurese diurna 1 (3%) e Encoprese sem constipação 1 (3%) (Tabela 3). Dos 6 (18%) indivíduos com transtornos ansiosos, 5 apresentaram TAG e 2 TAS; um paciente apresentou ambos os diagnósticos.

O objetivo desse estudo foi avaliar o impacto da pandemia COVID-19 utilizando a pontuação da escala SCARED versões parental e autorrelato em crianças e adolescentes com TEA. Sendo assim, 24 indivíduos/pais e 29 indivíduos/pais responderam, respectivamente, às SCARED pré e na pandemia; sendo 23 sujeitos/cuidadores pareados no comparativo pré e na pandemia (Tabelas 4 e 5). Quanto à versão autorrelato, foi encontrada maior pontuação total na reavaliação, aumentando de 25,17 (25,17±11) para 30,91 (30,91±12) (p 0,04) (Tabela 4). Quando avaliados cada um dos cinco fatores da escala SCARED autorrelato, foi encontrada maior pontuação no fator Fobia Social na reavaliação aumentando de

6,17(6,17±3,4) para 7,87 (7,87±3,6) (p 0,02) (Tabela 4). Já para a versão parental não foi encontrada diferença estatística de pontuação total ou por fatores, sendo a pontuação total pré pandemia de 30,13 (30,13±15) e na pandemia 31,87(31,87±14) (Tabela 4).

TABELA 4 Comparativo das pontuações SCARED parental e autorrelato pré e na pandemia COVID-19

Pontuações do SCARED	Pais pré pandemia (n=23)	Pais pandemia (n=23)	Nível de significância (p)	Criança pré pandemia (n=23)	Criança pandemia (n=23)	Nível de significância (p)
Total	30,1±15	31,8±14,6	p 0,6	25,1±11	30,9±12	p 0,04*
Recusa escolar	1,6±1,9	2±2	p 0,2	1,2± 1,3	1,4± 1,8	p 0,5
TAG	8,3±3,9	8,9±5,1	p 0,6	6,9±3,6	7,8±3,6	p 0,08
TAS	5,6±3,6	6,4±2,8	p 0,2	5,5±3,7	6,6±3,2	p 0,08
FS	7,3±4,1	7,6±3,7	p 0,6	6,1±3,4	7,8±3,6	p 0,02*
TP	6,3± 5,7	6 ±4,9	p 0,9	4,7±3,9	6 ± 4,6	p 0,3

Test t de Student pareado/Wilcoxon. Legenda: \*: estatisticamente significante. TAG = transtorno de ansiedade generalizada; TAS = transtorno de ansiedade de separação; FS = fobia social; TP = transtorno de pânico/sintomas somáticos.

TABELA 5 Visão global das pontuações SCARED parental e autorrelato pré e na pandemia COVID-19

Pontuações do SCARED	Pais pré pandemia (n=24)	Pais pandemia (n=29)	Criança pré pandemia (n=24)	Criança pandemia (n=29)
Total	30±14,7	32,6±15,4	24,7±11	31,7±12,8
Recusa escolar	1,5±1,8	2,1±2	1,1±1,3	1,5±1,7
TAG	8,4±3,9	8,4±5,1	6,8±3,5	8,2±3,9
TAS	5,5±3,5	6,8±3,4	5,3±3,8	6,6±3,1
FS	7,4±4,0	7,6±3,8	6±3,4	7,7±3,8
TP	6,1± 5,6	6,6±4,9	4,6±3,9	6,5±4,7

Legenda: TAG = transtorno de ansiedade generalizada; TAS = transtorno de ansiedade de separação; FS = fobia social; TP = transtorno de pânico/sintomas somáticos.

Quando avaliada a correlação entre as versões parental e autorrelato, foi encontrada correlação positiva tanto na pontuação total pré-pandemia versão parental com a pontuação pré pandemia autorrelato ( $r_s=0,54$ ,  $p<0,01$ , Spearman) como na pontuação total na pandemia, versão parental, com a pontuação autorrelato, na pandemia ( $r_s=0,62$ ,  $p<0,001$ , Spearman). O mesmo ocorreu com o fator FS no pré-pandemia ( $r_s=0,45$ ,  $p 0,03$ ) e na pandemia ( $r_s=0,65$ ,  $p<0,001$ ).

Foi avaliada a correlação entre as pontuações dos instrumentos ADI-R, ADOS-2 e WISC-IV com pontuações total e por fatores na escala SCARED versões autorrelato e parental reaplicadas na pandemia. Houve correlação negativa entre pontuação no ADOS-2 Esfera Social, com a pontuação do fator Ansiedade de Separação na versão autorrelato reaplicada na pandemia ( $r=- 0,42$ ;  $p 0,02$ , Pearson).

Houve correlação positiva entre pontuação no ADI-R escore de comunicação (escore B) com a pontuação do fator Sintomas Somáticos/ Pânico na versão parental reaplicada na pandemia ( $r_s=0,38$ ;  $p 0,03$ , Spearman). Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa com as pontuações do WISC total ou dos índices de compreensão verbal, organização perceptual, memória operacional e velocidade de processamento.

Não houve alteração significativa do número de indivíduos em uso de medicamentos no comparativo pré pandemia e na pandemia ( $p 0,7$ ; McNemar). Apesar disto, quando investigados os dados de 30 famílias, 16 crianças/adolescentes faziam uso de medicamentos e houve associação do uso de medicamentos com pontuação positiva ( $\geq 8$ ) no fator Fobia Social na SCARED reaplicada na pandemia tanto na versão parental ( $p < 0,01$ ; Fisher) como autorrelato ( $p 0,02$ ; Fisher).

Foi realizada análise da associação dos questionamentos do CRISIS AFAR versão parental com as pontuações limiar clínica total e no fator Fobia Social, da escala SCARED versões autorrelato e parental, reaplicadas na pandemia. Houve associação nas questões 27, 32, 33 e 76. De uma forma geral, encontrado que para as crianças/adolescentes com TEA não ter passado tempo fora de casa, não ter praticado exercícios físicos e não terem sido estressante as restrições de sair de casa se associaram a pontuações limiars na SCARED (Tabela 6). Ter iniciado e mantido comportamentos de busca sensorial também se associou com pontuações limiars na SCARED (Tabela 6).

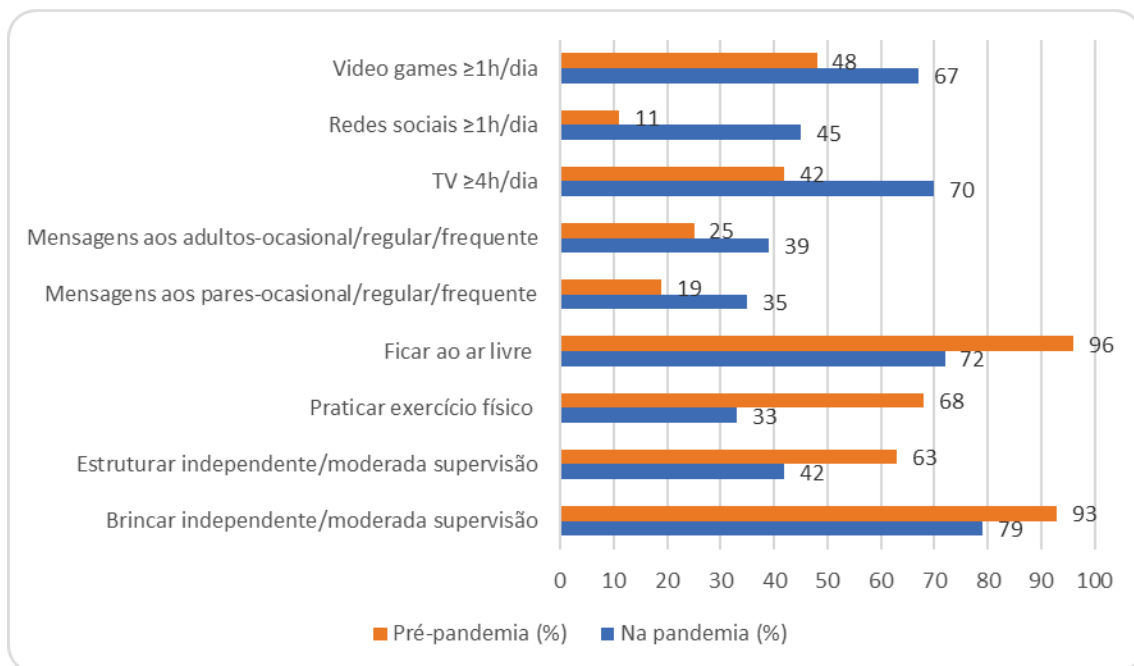
TABELA 6 Associação das respostas do instrumento CRISIS AFAR com pontuações limiars clínicas da SCARED reaplicada na pandemia

CRISIS AFAR – nas últimas 2 semanas	SCARED pais total (n=29)	SCARED pais FS (n=29)	SCARED autorrelato total (n=29)	SCARED autorrelato FS (n=29)
32 Meu filho(a) não passou tempo fora de casa	$X^2 4,58$ $p 0,04^*$	$X^2 4,55$ $p 0,03^*$	$X^2 6,74$ $p 0,01^*$	$X^2 5,15$ $p 0,03^*$
33 Não tem sido estressante/ Sem mudanças com as restrições para meu filho(a) sair de casa	$X^2 8,72^{e-4}$ $p 1,0$	$X^2 5,66$ $p 0,03^*$	$X^2 0,18$ $p 1,0$	$X^2 0,34$ $p 0,6$
73 Meu filho(a) não se exercitou por pelo menos 30 minutos	$X^2 0,23$ $p 0,6$	$X^2 6,42$ $p 0,01^*$	$X^2 0,21$ $p 0,9$	$X^2 2,09$ $p 0,1$
76 Meu filho(a) iniciou e manteve comportamentos com o objetivo de busca sensorial	$X^2 6,62$ $p 0,01^*$	$X^2 0,009$ $p 1,0$	$X^2 0,12$ $p 1,0$	$X^2 1,90$ $p 0,3$

Qui quadrado com correção de Yates; Teste exato de Fisher. Legenda: \* quando  $p < 0,05$ ; FS = fobia social.

Foram também avaliadas as respostas dos 57 pais no CRISIS AFAR, quanto ao funcionamento diário das crianças/adolescentes com TEA, nos 3 meses anteriores à pandemia e nas últimas 2 semanas. Houve alterações estatisticamente significantes nas questões 39/63, 40/64; 43/67; 44/68; 49/73; 50/74; 58/82; 59/83; 60/84; 61/85; 62/86 ( $p < 0,05$ , Wilcoxon). De uma forma geral, com a pandemia COVID-19 as crianças/adolescentes com TEA apresentaram aumento, para 1h ou mais por dia, acessando redes sociais ou jogando videogames; para tempo de tela assistindo televisão ou mídias como Youtube® o aumento foi para 4h ou mais ao dia (Gráfico 1). Apesar do maior engajamento em telas, também apresentaram aumento do contato por mensagens ou *online* com pares ou adultos fora da família nuclear para Ocasional/Frequente/Regular(Gráfico 1). Houve redução do brincar e também de estruturar as atividades do dia a dia de forma independente ou com moderada supervisão; também redução da prática de exercícios físicos e de passar tempo ao ar livre (Gráfico 1). Com a pandemia, as crianças/adolescentes passaram a dormir após as 22h tanto durante a semana quanto nos fins de semana ( $p < 0,01$ , Wilcoxon).

GRÁFICO 1 – ALTERAÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TEA NA PANDEMIA COVID-19 (n=57)



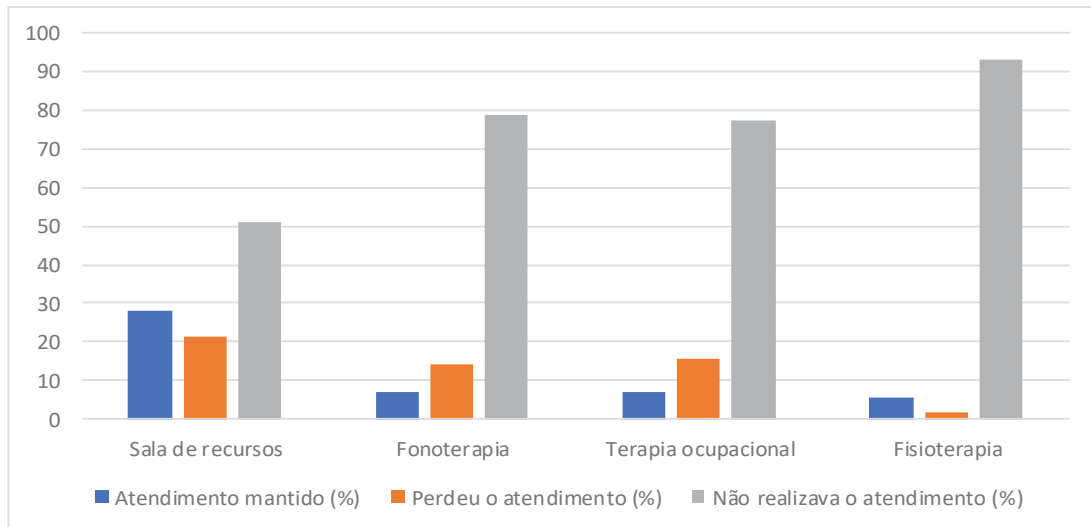
FONTE: A autora (2021).

Quanto à avaliação de comportamentos/sintomas (questões 57 e 81), foram também avaliadas a presença ou ausência de tais nas crianças/adolescentes com TEA nos 3 meses anteriores à pandemia e nas últimas 2 semanas. Houve aumento da “Dificuldade em se manter em uma atividade? Sim/Não” ( $p=0,04$ ; McNemar). Também houve aumento do comportamento “Sendo desobediente ou discutindo frequentemente? Sim/Não” ( $p<0,01$ ; McNemar). Não houve alterações entre os 3 meses antes da pandemia COVID-19 e as últimas semanas nos comportamentos típicos do TEA como: maneirismos, busca sensorial, rituais, ajuste às mudanças, requisição de membros da família para manter rotinas específicas ou de engajamento em atividades com interesse específico.

Com relação aos serviços dentro e fora da escola (questões 88 e 89), não houve associação dos grupos (atendimento mantido, perdeu o atendimento ou naqueles já sem atendimento previamente à pandemia) com pontuação clínica total ou por fatores no SCARED reaplicado na pandemia versão parental nem autorrelato. 36 (63%) crianças/adolescentes com TEA realizavam algum tratamento multiprofissional vinculado à escola; 56 (98%) realizavam algum atendimento/serviço fora da escola incluindo consultas médicas. Atentando para cada especialidade questionada, maior parte das crianças/adolescentes não realizavam os tratamentos questionados no ambiente escolar, mesmo antes da pandemia (Gráficos 2,3,4,5); exceção quanto aos serviços de Sala de recursos 28 (50%) realizavam antes da pandemia. Quanto aos serviços externos à escola, exceções foram os atendimentos de consultas médicas 53 (93%), psicologia 36 (63%) e terapia ocupacional 29 (51%) nos quais boa parte das frequentava antes da pandemia (Gráficos 2,3,4,5).

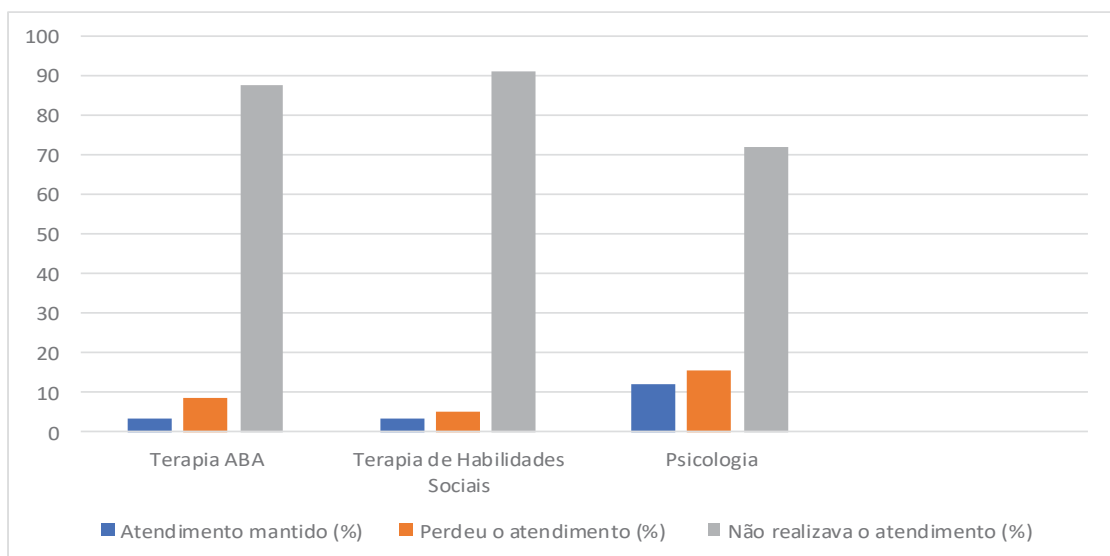


GRÁFICO 2 – SERVIÇOS E ATENDIMENTOS NA ESCOLA NA PANDEMIA COVID-19



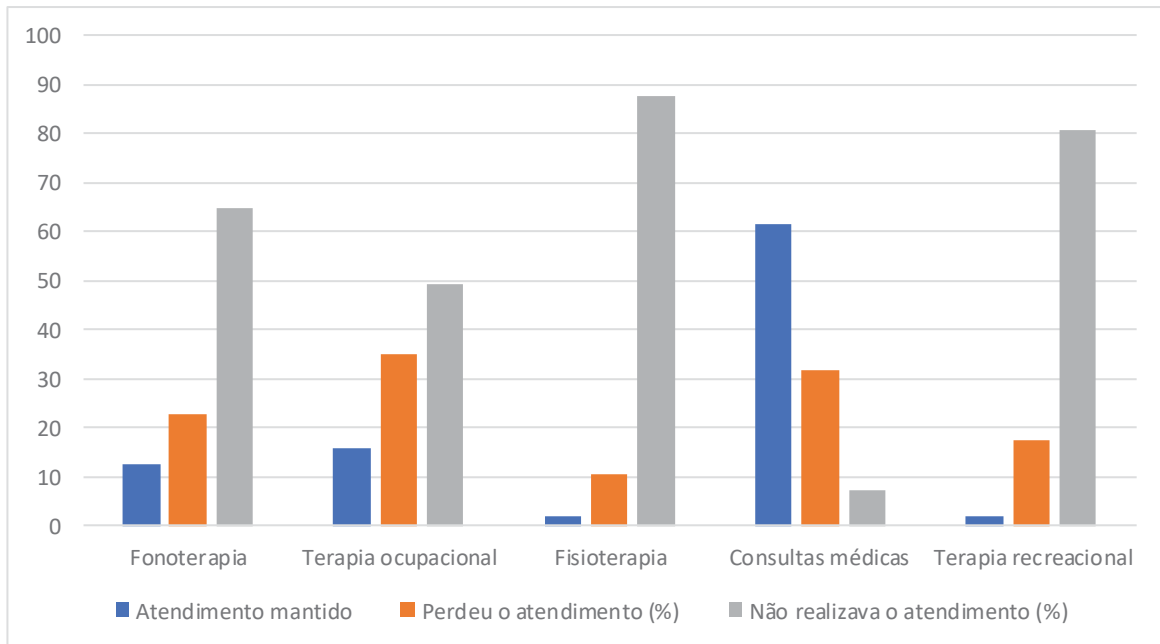
FONTE: A autora (2021).

GRÁFICO 3 – SERVIÇOS E ATENDIMENTOS NA ESCOLA NA PANDEMIA COVID-19



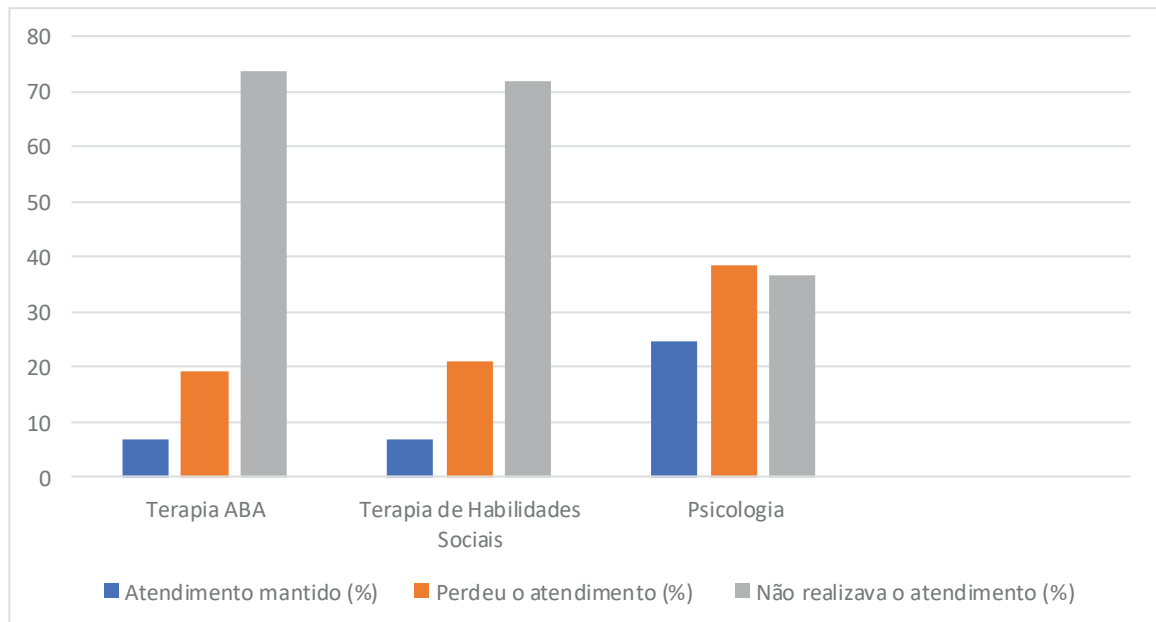
FONTE: A autora (2021).

GRÁFICO 4 – SERVIÇOS E ATENDIMENTOS FORA DA ESCOLA NA PANDEMIA COVID-19



FONTE: A autora (2021).

GRÁFICO 5 – SERVIÇOS E ATENDIMENTOS FORA DA ESCOLA NA PANDEMIA COVID-19

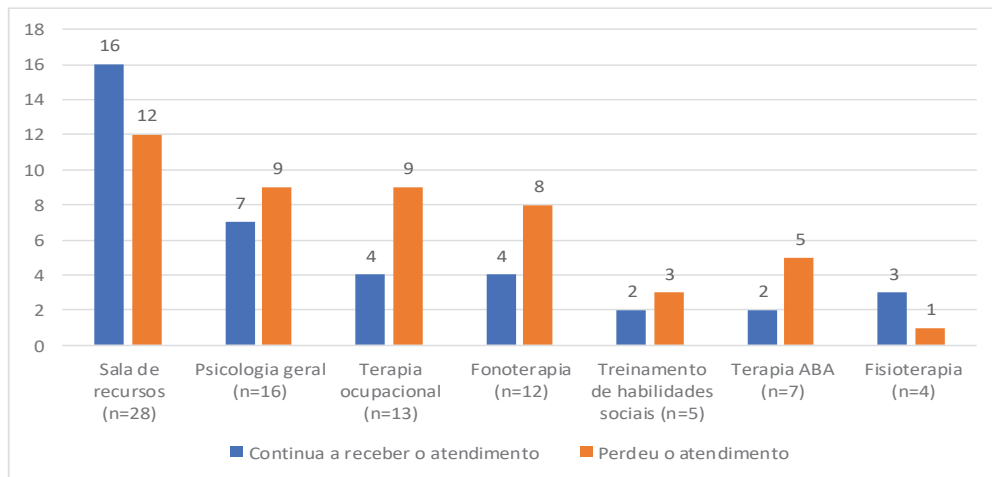


FONTE: A autora (2021).

Com relação às crianças e adolescentes recebendo serviços/atendimentos na escola (questão 88), a sala de recursos foi o mais realizado com total de 28 (49%, n=57). Destes, 12 (43%) crianças/adolescentes tiveram o atendimento interrompido

com a pandemia COVID-19. A psicologia era realizada em 16 (28%; n=57) e houve interrupção do atendimento em 9 (56%) das crianças e adolescentes com a pandemia COVID-19 (Gráfico 6).

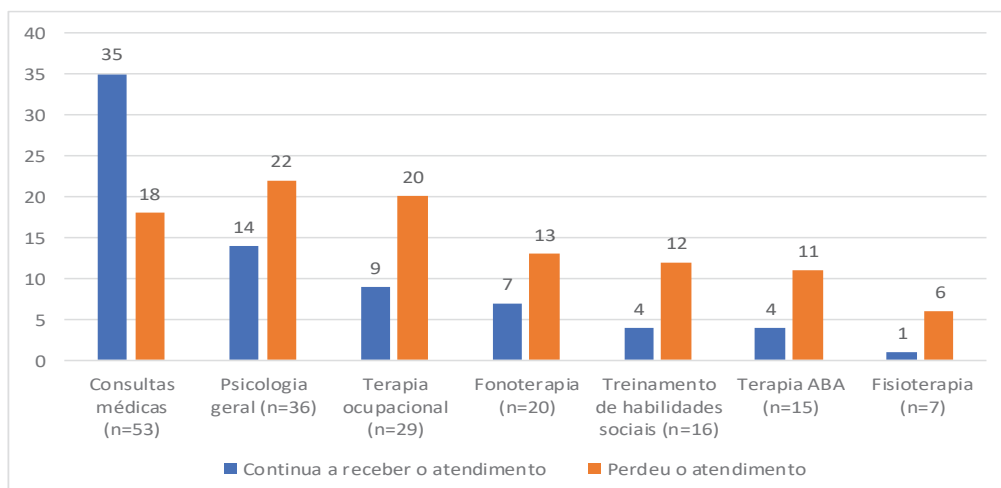
GRÁFICO 6 – CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS E ATENDIMENTOS NA ESCOLA COM A PANDEMIA COVID-19



FONTE: A autora (2021).

Com relação aos serviços/atendimentos fora da escola (questão 89), o mais realizado foram as consultas médicas (Psiquiatria/Pediatria/Neuropediatria etc) com total de 53 (93%, n=57). Destes, 18 (34%) das crianças/adolescentes tiveram os atendimentos médicos interrompidos com a pandemia COVID-19. A psicologia era realizada em 36 (63%; n=57) e houve interrupção deste atendimento em 22 (61%) crianças e adolescentes com a pandemia COVID-19 (Gráfico 7).

GRÁFICO 7 – CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS FORA DA ESCOLA NA PANDEMIA



FONTE: A autora (2021).

Com relação à necessidade de atendimentos desde o início da pandemia COVID-19 (questão 90), incluindo consultas com Psicologia, Odontologia ou médicas (Pediatria/Psiquiatria/Neuropediatria/Gastroenterologia/Endocrinologia), do total de 57 crianças/adolescentes com TEA, em 11(19%) atendimentos necessários não foi conseguido contato com o profissional para tal durante a pandemia COVID-19.

## 5 DISCUSSÃO

Houve aumento de sintomas ansiosos, nas crianças e adolescentes com TEA, avaliadas antes e durante a pandemia COVID-19. Tal impacto foi verificado pela aplicação do instrumento SCARED autorrelato, nas pontuações total e fator de Fobia Social; mas não foi encontrado na versão SCARED parental. A presença de sintomas ansiosos na SCARED, versões autorrelato ou parental, também se associou com itens do questionário parental CRISIS AFAR linha de base, com aumento dos comportamentos de busca sensorial, menor tempo fora de casa e de prática de exercício físico, além disso não serem estressantes as restrições de sair de casa para as crianças e adolescentes com TEA.

Pensando, então, na discrepância de resultado entre pais e crianças, ao se avaliar sintomatologia ansiosa, há de se considerar o caráter internalizante de tais sintomas. Já é ratificado na literatura sobre sintomas internalizantes serem melhores referidos pelos próprios pacientes, sendo os pais informantes ruins (SALBACH-ANDRAE et al., 2009). Em nosso estudo, o instrumento SCARED demonstrou moderada concordância entre os pais e as crianças/adolescentes com TEA, tal qual previamente reportado por outros pesquisadores avaliando indivíduos com TEA (BLAKELEY-SMITH et al., 2012; LOHR et al., 2017; CARRUTHERS et al., 2020). Importante atentar para o TEA como uma patologia que comumente apresenta alexitimia (POQUÉRUSSE et al., 2018), o que comprometeria a identificação de sintomas internalizantes porém, com a aplicação do questionário SCARED onde os comportamentos/sensações já estavam explicitados e nomeados, os indivíduos conseguiram assinalar o que apresentavam. No que tange aos pais, a maior facilidade em identificar sintomas externalizantes aparentemente se traduziu em uma correlação positiva entre pontuação no ADI-R escore de comunicação (escore B) com a pontuação do fator Sintomas Somáticos/ Pânico na versão parental reaplicada na pandemia, corroborando que haveria falhas, por volta dos 5 anos, de comunicação nos indivíduos com TEA e que, no presente, os pais, provavelmente, conseguiriam ficar alerta para apresentações de sintomas somáticos, não internalizantes. Apesar de uma possível menor apresentação, no presente, da ansiedade como sintomas físicos, falhas outras na regulação emocional e nomeação descritas no TEA (MAZZONE; VITIELLO, 2016; POQUÉRUSSE et al., 2018; COSTA; STEFFGEN; VÖGELE, 2019; CONNER et al., 2020) ainda podem persistir e podem comprometer

o reconhecimento e comunicação, aos pais, dos sintomas ansiosos expressos, de forma mais refinada, internalizante.

Quando se observam os pais, a discrepância entre as pontuações poderia também ser decorrente da inabilidade de reconhecer os sintomas em seus filhos, até mesmo pelo próprio impacto da pandemia neles mesmos. Estudos anteriores à pandemia COVID-19 já demonstraram uma pior qualidade de vida nos cuidadores de crianças com TEA (DEY et al., 2019; LIKHITWEERAWONG; BOONCHOODUANG; LOUTHRENOO, 2020) logo, na pandemia, tal pode se somar à situação atual e gerar até mesmo doença psíquica. Na pandemia, Mutluer et. al (2020) demonstraram que quanto maiores os escores de ansiedade dos pais maiores as pontuações na escala ABC. Em nosso estudo os questionários foram preenchidos, em sua maioria (98%), pelas mães. Estas agora podem não só estar lidando com as dificuldades habituais de cuidado de uma criança/adolescente com TEA, mas também com alterações das rotinas destes indivíduos e delas mesmas, como trabalho *home office* e distanciamento social ou mesmo isolamento.

A correlação negativa entre o ADOS-2 Esfera social, item que inclui tanto a comunicação como a interação social recíproca, com o fator Ansiedade de separação, versão autorrelato reaplicada na pandemia, sugere duas diferentes situações: quanto maiores as dificuldades na esfera social, menos expostos seriam esses indivíduos à separação dos seus pais por identificarem tais situações como possíveis gatilhos de ansiedade (WHITE et al., 2009; VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017) ou que os próprios indivíduos, pelas dificuldades intrínsecas do TEA não antecipem a separação dos pais (MAZZONE; VITIELLO, 2016).

O aumento no fator Fobia Social da escala SCARED autorrelato, pode estar relacionado não só à falha de comunicação social destas crianças/adolescentes com TEA como também a uma menor exposição, destes indivíduos, aos ambientes sociais mais desafiadores. As próprias crianças e adolescentes com TEA com prejuízo menos acentuado na comunicação social poderiam identificar suas falhas sociais ou mesmo sofrerem exclusão entre os pares e então passariam a evitar os ambientes sociais e a consequente ansiedade vivenciada neles (WHITE et al., 2009; VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017). A reduzida exposição também poderia ser decorrente de comportamentos mais protetores dos pais por identificarem, desde muito jovens, dificuldades na esfera social dos seus filhos, bem como também pode ser decorrente do momento atual: ainda necessidade de distanciamento social, pela pandemia

COVID-19. Atentando para a não exposição, foi encontrada associação, da resposta “Meu filho(a) não passou tempo fora de casa”, no CRISIS AFAR, com as pontuações positiva, parental e autorrelato, tanto totais como no fator Fobia social. Novamente, na análise pelo instrumento parental CRISIS AFAR linha de base, dos comportamentos 3 meses antes da pandemia e nas últimas 2 semanas, ratificou importante redução do tempo fora de casa.

Já é reconhecido, em estudos com adolescentes sem TEA, com diagnóstico de transtornos ansiosos como a Fobia Social, que a exposição é ferramenta essencial para tratamento desse transtorno (YANG et al., 2019). Em indivíduos com Fobia social, a não exposição poderia levar à manutenção ou, até mesmo, ao aumento dos sintomas. Nenhum dos pacientes da amostra fechou diagnóstico para Fobia social pelo K-SADS-DSM-5, mas importante ressaltar que na própria patologia do TEA estão presentes alguns comportamentos típicos da Fobia social. Sendo assim, pelo próprio contexto da pandemia COVID-19 de não exposição às situações sociais rotineiras, as crianças/adolescentes com TEA do estudo podem ter apresentado piora dos sintomas nessa esfera da fobia social, na qual já apresentam déficits progressos.

Não houve aumento do número de crianças e adolescentes com TEA em tratamento medicamentoso, porém o uso de medicamentos, durante a pandemia, se associou ao fator Fobia social da SCARED reaplicada na pandemia tanto na versão parental como autorrelato. O mesmo não ocorreu quando avaliando associação de medicamentos e SCARED pré-pandemia, demonstrando que, apesar das possíveis falhas de comunicação social das crianças e adolescentes com TEA avaliados, houve algum prejuízo com a pandemia que foi capturado, de alguma forma, pelos profissionais que atendem tais pacientes.

Não foi encontrada associação de maiores valores de QI com sintomatologia ansiosa, o que difere de estudos prévios (VAN STEENSEL; BÖGELS; PERRIN, 2011; VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017). Apesar disso, atentando para a metanálise de Mingins et. al (2021), fica clara a importância de se ter um grupo de indivíduos com TEA e comorbidade de DI para que haja associação de maiores QIs com a ansiedade. Como as aplicações de WISC foram interrompidas com a pandemia COVID-19, apenas 36 crianças/adolescentes com TEA foram avaliadas, com 7 (19%) de DI leve, sendo assim uma prevalência bem abaixo da literatura internacional (LOOMES; HULL; MANDY, 2017; CDC, 2020). O baixo número de indivíduos avaliados aliado a uma baixa prevalência de DI pode ter mitigado a associação QI e ansiedade.

Não foi encontrada associação de pontuação limiar no SCARED com a interrupção ou manutenção das terapias. O questionário CRISIS AFAR foi aplicado cerca de 6 meses após a declaração da pandemia COVID-19 pela OMS, portanto é possível que, com esse intervalo de tempo, o instrumento não capturou essa associação. Além disso, não foram questionados dados de duração de horas por semana de cada uma das terapias questionadas, sendo assim o grupo pode ter apresentado média de horas de atendimento semanal muito heterogêneas e isto tornou ainda mais difícil avaliar tal temática. Sobre a interrupção das terapias e sintomas em crianças e adolescentes com TEA, os resultados divergem: Collizi et. al (2020) não encontraram associação da interrupção com alterações comportamentais; já Siracusano et. al (2021) reportaram melhora de função adaptativa naquelas crianças e adolescentes com TEA cuja terapia foi mantida na pandemia.

Diferente do nosso estudo, onde foi encontrado aumento de ansiedade pelo instrumento SCARED, o único estudo que aplicou um instrumento específico de ansiedade, a *State-Trait Anxiety Inventory – Child version* (STAI-C), a 61 crianças e adolescentes com TEA (ADOS média 7) e 61 sem TEA, não encontrou alterações de ansiedade-traço no comparativo do pré-pandemia e em dois momentos na pandemia em nenhum dos grupos (CORBETT et al., 2021). Não houve pontuações acima de 40 -limiar indicativo de ansiedade na STAI-C traço ou estado nos grupos (CORBETT et al., 2021). Em nosso estudo foi avaliada a ansiedade estado e não traço, além disso as crianças e adolescentes com TEA apresentaram maior gravidade de sintomas ansiosos com pontuação limiar no SCARED desde o pré-pandemia, o que pode ser responsável pela discrepância de resultados.

O questionário parental CRISIS AFAR, demonstrou alterações de rotinas e padrão de sintomas, também contribuindo para caracterizar o impacto da pandemia COVID-19 em uma amostra brasileira de crianças e adolescentes com TEA. Importante ressaltar que houve alterações negativas como aumento do tempo de tela e redução dos hábitos saudáveis como prática de exercício físico e do tempo ao ar livre, mas também houve aumento do hábito de contato social, via mídias, tanto com pares como com adultos – nestes excluindo-se os profissionais de saúde. Tal novo hábito pode vir a facilitar, no pós-pandemia, uma ampliação do repertório social dessas crianças e adolescentes com TEA, mediante tanto interações ao vivo como via mídia. Não foi encontrado aumento de sintomas centrais do TEA e tal achado se alinha com alguns estudos prévios (KAWABE et al., 2020; GARCIA et al., 2021;



SIRACUSANO et al., 2021) e vai de encontro ao Mutluer et al. (2020), que reportaram aumento dos comportamentos autísticos avaliados pela ABC. Houve piora do comportamento diário com redução do Brincar sozinho e de Estruturar/Iniciar as atividades diárias, aumento de desobediência e da dificuldade em permanecer na atividade. Tais alterações poderiam ser explicadas até mesmo pelo aumento do tempo de tela acima mencionado. Apesar de não terem reportado quanto ao tempo de tela, Collizi et. al (2020) também encontraram piora de sintomas comportamentais em inquérito e, diferente dos nossos achados, Siracusano et. al (2021) e Lugo-Marín et. al (2021) não verificaram piora comportamental utilizando a CBCL.

Não há, até o momento, publicações com o instrumento CRISIS AFAR. Quanto ao instrumento CRISIS, o qual é a versão para crianças/adolescentes sem transtorno do neurodesenvolvimento, estudo canadense encontrou, de uma forma geral, piora de sintomas nas esferas da depressão, ansiedade, desatenção, irritabilidade e obsessões/compulsões (COST et al., 2021). A ausência de tais publicações, mesmo que a nível internacional, impossibilita um comparativo direto com os dados desta amostra brasileira.

Como limitações do estudo, importante ser ressaltado o reduzido tamanho da amostra, onde apenas 23 indivíduos responderam ao SCARED para comparativo pré e na pandemia. Referente aos sujeitos de pesquisa, foi encontrada uma maior relação sexo masculino/feminino de 6:1, além da baixa prevalência de DI (19%) e de transtornos ansiosos (18%), quando comparado à literatura internacional (VAN STEENSEL; BÖGELS; PERRIN, 2011; LOOMES; HULL; MANDY, 2017; VAN STEENSEL; HEEMAN, 2017). Também o fato de todos os indivíduos apresentarem, pelo DSM-5, TEA com nível de gravidade 1. Referente aos pais, temos o alto nível educacional, com acima de 90% de ambos os cuidadores com, no mínimo, ensino médio completo; também não foram aplicados, aos cuidadores, questionários para avaliação de sintomas ansiosos/depressivos neles mesmos. Referente aos instrumentos, foram utilizados o ADOS-2 e ADI-R, traduzidos porém ainda não possuem validação e comercialização em língua portuguesa do Brasil (BECKER et al., 2012; PACÍFICO et al., 2019). As associações das pontuações SCARED com o CRISIS AFAR linha de base, por se tratar de uma investigação transversal, não permite avaliação de aspectos como causalidade bem como apresenta possibilidade de viés de memória, pois os pais responderam sobre sintomatologia e hábitos de vida, dos seus filhos, 3 meses antes da pandemia.

A literatura sobre o impacto da pandemia COVID-19 em crianças e adolescentes com TEA está em construção. O presente estudo colabora com literatura demonstrando o impacto da pandêmica COVID-19 na ansiedade de crianças e adolescentes com TEA. Também apresenta como pontos fortes a inédita caracterização de uma amostra brasileira de crianças e adolescentes com TEA quanto ao perfil de gravidade do TEA com uso do instrumento ADOS-2, também avaliação de comorbidades psiquiátricas com o uso de instrumentos amplamente utilizados como WISC e K-SADS-PL-DSM-5, além da caracterização demográfica dessas famílias. A avaliação da ansiedade pela escala SCARED é importante por ser um instrumento gratuito e que não requer treinamento específico, ou seja, visando fácil acesso aos diversos profissionais. Além disso, primeiro estudo brasileiro em indivíduos com TEA demonstrando correlação entre o relato parental e autorrelato na SCARED tal qual em amostras internacionais. Quanto ao CRISIS, novamente um instrumento gratuito e de fácil preenchimento pelo cuidador. Apesar da pandemia COVID-19 com consequentes alterações na vida social e acadêmica, ainda assim foi conseguida uma amostra com 57 indivíduos.

## **6 CONCLUSÕES**

Houve aumento de sintomas ansiosos, em crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista, com a pandemia COVID-19.

Os sintomas ansiosos não se correlacionaram com o quociente de inteligência.

Não houve associação dos sintomas ansiosos com a interrupção das terapias.

No funcionamento diário, houve aumento de: sono iniciando após as 22h; assistir TV, usar mídias ou redes sociais e jogar videogames; manter contato com pares ou adultos via mensagens/vídeos; do comportamento “sendo desobediente” e da dificuldade em permanecer na atividade. Houve redução: do número de dias praticando exercícios e do tempo ao ar livre; do desempenhar de forma independente o brincar sozinho bem como estruturar/iniciar as atividades diárias.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia COVID-19 acarretou drásticas alterações de vida. Neste estudo, de caráter inédito no Brasil, foi encontrado aumento de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes com TEA, em face à pandemia COVID-19. Também ocorreram inúmeras alterações de rotina apesar de não verificada piora de comportamentos típicos do TEA, como a busca sensorial. Conseqüentemente, apesar do número reduzido de indivíduos avaliados, desde já é necessário ampliar o olhar clínico sobre tal perfil de pacientes, e suas famílias, de forma a minimizar o impacto da pandemia, no momento atual e, também, no pós-pandemia.

No momento, a ampliação do uso de instrumentos, previamente estudados no TEA e gratuitos, como SCARED, pode facilitar o rastreamento de sintomas e redução do prejuízo nesses indivíduos. Tanto no presente quanto no futuro, pós-pandemia, já é aparente a necessidade de suporte e orientação, aos pais, quanto às alterações de rotina prevenindo uso excessivo de tela e estimulando hábitos saudáveis e higiene do sono. Importante também ofertar espaço aos pais para que possam relatar também o impacto da pandemia COVID-19 neles mesmos, integralizando o cuidado biopsicossocial do binômio paciente-família nas crianças e adolescentes com TEA.

### 7.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Este é o primeiro estudo brasileiro caracterizando crianças e adolescentes, com TEA, quanto a aspectos como DI bem como comorbidades psiquiátricas, sejam estas ansiosas ou não. Trata-se, também, do primeiro estudo no Brasil, em vias de publicação, avaliando impacto da pandemia COVID-19 em crianças e adolescentes com TEA mediante uso de instrumentos padronizados como SCARED.

Apesar dos aspectos acima mencionados, devido ao tamanho reduzido da amostra, os dados desse estudo devem ser interpretados com cautela. Além disso, foram utilizados como critérios de inclusão, em consonância com a literatura internacional, diagnóstico de TEA ratificado pelos instrumentos ADOS e/ou ADI-R, os quais ainda não se encontram validados e comercializados em língua portuguesa do Brasil. Sendo assim, recomenda-se replicação deste estudo em uma amostra maior, com cálculo de tamanho de amostra, de forma que os achados possam ser generalizados para crianças e adolescentes com TEA.

## REFERÊNCIAS

- ACHENBACH T; RESCORLA L. **Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles**. [s.l.] Burlington, 2001.
- ADAMS, D.; CLARK, M.; KEEN, D. Using self-report to explore the relationship between anxiety and quality of life in children on the autism spectrum. **Autism Research**, v. 12, n. 10, p. 1505–1515, out. 2019.
- ADAMS, D.; CLARK, M.; SIMPSON, K. The Relationship Between Child Anxiety and the Quality of Life of Children, and Parents of Children, on the Autism Spectrum. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 50, n. 5, p. 1756–1769, maio 2020.
- ADRIANA DI MARTINO. **The CoRonavlruS Health Impact Survey (CRISIS) – Adapted for Autism and Related Neurodevelopmental conditions (AFAR)**.
- APA. **American Psychiatric Association (APA) - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. [s.l.] Artmed, 2012.
- ARTHUR CAYE et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), DSM-5 update: translation into Brazilian Portuguese. **Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), DSM-5 update: translation into Brazilian Portuguese**, v. 39, p. 384–386, 2017.
- BASTIAANSEN, D. et al. Quality of Life in Children With Psychiatric Disorders: Self-, Parent, and Clinician Report. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 43, n. 2, p. 221–230, fev. 2004.
- BECKER, M. M. et al. Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 70, n. 3, p. 185–190, mar. 2012.
- BIRMAHER, B. et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 36, n. 4, p. 545–553, abr. 1997.
- BIRMAHER, B. et al. Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 38, n. 10, p. 1230–1236, out. 1999.

- BLAKELEY-SMITH, A. et al. Parent–child agreement of anxiety symptoms in youth with autism spectrum disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 6, n. 2, p. 707–716, abr. 2012.
- BODDEN, D. H. M.; BÖGELS, S. M.; MURIS, P. The diagnostic utility of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71 (SCARED-71). **Behaviour Research and Therapy**, v. 47, n. 5, p. 418–425, maio 2009.
- BRASIL H, H. H.; BORDIN I, I. A. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 83, dez. 2010.
- CARRUTHERS, S. et al. Brief Report: Testing the Psychometric Properties of the Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS) and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 50, n. 7, p. 2625–2632, jul. 2020.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016**, n. 69, p. 1–12, 27 mar. 2020.
- CHIU, T. A. et al. Specificity of autonomic arousal to anxiety in children with autism spectrum disorder: Specificity of autonomic arousal to anxiety. **Autism Research**, v. 9, n. 4, p. 491–501, abr. 2016.
- COLIZZI, M. et al. Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. **Brain Sciences**, v. 10, n. 6, p. 341, 3 jun. 2020.
- CONNER, C. M. et al. The role of emotion regulation and core autism symptoms in the experience of anxiety in autism. **Autism**, v. 24, n. 4, p. 931–940, maio 2020.
- CORBETT, B. A. et al. The impact of COVID -19 on stress, anxiety, and coping in youth with and without autism and their parents. **Autism Research**, v. 14, n. 7, p. 1496–1511, jul. 2021.
- COST, K. T. et al. Mostly worse, occasionally better: impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 26 fev. 2021.
- COSTA, A. P.; STEFFGEN, G.; VÖGELE, C. The role of alexithymia in parent-child interaction and in the emotional ability of children with autism spectrum disorder: Alexithymia and parent-child interaction. **Autism Research**, v. 12, n. 3, p. 458–468, mar. 2019.

- COSTELLO, E. J.; EGGER, H. L.; ANGOLD, A. The Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders: Phenomenology, Prevalence, and Comorbidity. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 14, n. 4, p. 631–648, out. 2005.
- CROCETTI, E. et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general Italian adolescent population: A validation and a comparison between Italy and The Netherlands. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 23, n. 6, p. 824–829, ago. 2009.
- DESOUSA, D. A. et al. Sensitivity and Specificity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Community-Based Study. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 44, n. 3, p. 391–399, jun. 2013.
- DEY, M. et al. Quality of life of parents of mentally-ill children: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 28, n. 5, p. 563–577, out. 2019.
- GARCIA, J. M. et al. Brief report: The impact of the COVID-19 pandemic on health behaviors in adolescents with Autism Spectrum Disorder. **Disability and Health Journal**, v. 14, n. 2, p. 101021, abr. 2021.
- GJEVIK, E. et al. Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, n. 6, p. 761–769, jun. 2011.
- HALE, W. W. et al. A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Meta-analysis of the SCARED. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 52, n. 1, p. 80–90, jan. 2011.
- HOLLOCKS, M. J. et al. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 49, n. 4, p. 559–572, mar. 2019.
- HOSSAIN, M. M. et al. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Psychiatry Research**, v. 287, p. 112922, maio 2020.
- ISOLAN, L. et al. 369 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O PORTUGUÊS DA SCREEN FOR CHILD ANXIETY RELATED EMOTIONAL DISORDERS (SCARED) PARA A AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Jandira Rahmeier Acosta,. p. 1, 2011a.

- ISOLAN, L. et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 25, n. 5, p. 741–748, jun. 2011b.
- KAUFMAN, J. et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 36, n. 7, p. 980–988, jul. 1997.
- KAWABE, K. et al. Excessive and Problematic Internet Use During the Coronavirus Disease 2019 School Closure: Comparison Between Japanese Youth With and Without Autism Spectrum Disorder. **Frontiers in Public Health**, v. 8, p. 609347, 17 dez. 2020.
- KUHLTHAU, K. et al. Health-Related Quality of Life in Children with Autism Spectrum Disorders: Results from the Autism Treatment Network. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 40, n. 6, p. 721–729, jun. 2010.
- LAI, M.-C. et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 10, p. 819–829, out. 2019.
- LAI, M.-C.; LOMBARDO, M. V.; BARON-COHEN, S. Autism. **The Lancet**, v. 383, n. 9920, p. 896–910, mar. 2014.
- LECAVALIER, L. et al. Measuring Anxiety as a Treatment Endpoint in Youth with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, n. 5, p. 1128–1143, maio 2014.
- LIKHITWEERAWONG, N.; BOONCHODUANG, N.; LOUTHRENOO, O. Parenting Styles, Parental Stress, and Quality of Life Among Caregivers of Thai Children with Autism. **International Journal of Disability, Development and Education**, p. 1–14, 27 out. 2020.
- LIMA, M. E. DE S.; BARROS, L. C. M.; ARAGÃO, G. F. Could autism spectrum disorders be a risk factor for COVID-19? **Medical Hypotheses**, v. 144, p. 109899, nov. 2020.
- LOADES, M. E. et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 59, n. 11, p. 1218- 1239.e3, nov. 2020.



LOHR, W. D. et al. The Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders Is Sensitive but Not Specific in Identifying Anxiety in Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder: A Pilot Comparison to the Achenbach System of Empirically Based Assessment Scales. **Frontiers in Psychiatry**, v. 8, p. 138, 2 ago. 2017.

LOOMES, R.; HULL, L.; MANDY, W. P. L. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 56, n. 6, p. 466–474, jun. 2017.

LOSAPIO, M. F. et al. Adaptação transcultural parcial da escala Aberrant Behavior Checklist (ABC), para avaliar eficácia de tratamento em pacientes com retardo mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 909–923, maio 2011.

LUGO-MARÍN, J. et al. COVID-19 pandemic effects in people with Autism Spectrum Disorder and their caregivers: Evaluation of social distancing and lockdown impact on mental health and general status. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 83, p. 101757, maio 2021.

MANNING, J. et al. Perceptions of Families of Individuals with Autism Spectrum Disorder during the COVID-19 Crisis. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 51, n. 8, p. 2920–2928, ago. 2021.

MAZZONE, L.; VITIELLO, B. (EDS.). **Psychiatric Symptoms and Comorbidities in Autism Spectrum Disorder**. Cham: Springer International Publishing, 2016.

MINGINS, J. E. et al. Anxiety and intellectual functioning in autistic children: A systematic review and meta-analysis. **Autism**, v. 25, n. 1, p. 18–32, jan. 2021.

MINSHEW, N. J.; MEYER, J.; GOLDSTEIN, G. Abstract reasoning in autism: A disassociation between concept formation and concept identification. **Neuropsychology**, v. 16, n. 3, p. 327–334, 2002.

MOORE, S. A. et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: a national survey. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 1, p. 85, dez. 2020.

MUTLUER, T.; DOENYAS, C.; ASLAN GENÇ, H. Behavioral Implications of the Covid-19 Process for Autism Spectrum Disorder, and Individuals' Comprehension of and Reactions to the Pandemic Conditions. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 561882, 16 nov. 2020.

- NASERGHANDI, A.; ALLAMEH, S. F.; SAFFARPOUR, R. All about COVID-19 in brief. **New Microbes and New Infections**, v. 35, p. 100678, maio 2020.
- NIKOLAIDIS, A. et al. The Coronavirus Health and Impact Survey (CRISIS) reveals reproducible correlates of pandemic-related mood states across the Atlantic. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 8139, dez. 2021.
- NOLLACE, L. et al. Autism and COVID-19: A Case Series in a Neurodevelopmental Unit. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 9, p. 2937, 11 set. 2020.
- PACÍFICO, M. C. et al. Preliminary evidence of the validity process of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): translation, cross-cultural adaptation and semantic equivalence of the Brazilian Portuguese version. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 41, n. 3, p. 218–226, set. 2019.
- PAULA, C. S. et al. Brief Report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A Pilot Study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, n. 12, p. 1738–1742, dez. 2011.
- PAULA, C. S. et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 2, p. 178–179, jun. 2015.
- POLANCZYK, G. V. et al. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 345–365, mar. 2015.
- POQUÉRUSSE, J. et al. Alexithymia and Autism Spectrum Disorder: A Complex Relationship. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 1196, 17 jul. 2018.
- RENNO, P.; WOOD, J. J. Discriminant and Convergent Validity of the Anxiety Construct in Children with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 43, n. 9, p. 2135–2146, set. 2013.
- RODGERS, J. et al. Development of the anxiety scale for children with autism spectrum disorder (ASC-ASD): Measuring anxiety in ASD. **Autism Research**, v. 9, n. 11, p. 1205–1215, nov. 2016.
- RUNYON, K.; CHESNUT, S. R.; BURLEY, H. Screening for childhood anxiety: A meta-analysis of the screen for child anxiety related emotional disorders. **Journal of Affective Disorders**, v. 240, p. 220–229, nov. 2018.
- SALBACH-ANDRAE, H. et al. Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 136–143, mar. 2009.

- SAÚDE. **Boletim Epidemiológico COVID-19**, 28 jun. 2020a. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 jun. 2020
- SAÚDE. **Informe Epidemiológico Paraná 28/06/2020**. Disponível em: <[https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-06/informe\\_epidemiologico\\_28\\_06\\_2020.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/informe_epidemiologico_28_06_2020.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2020b.
- SCAHILL, L. et al. Development of the Parent-Rated Anxiety Scale for Youth With Autism Spectrum Disorder. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 58, n. 9, p. 887- 896.e2, set. 2019.
- SCHNEIDER, R. L. et al. The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 47, n. 6, p. 978–991, 2 nov. 2018.
- SETTIPANI, C. A. et al. Characteristics and anxiety symptom presentation associated with autism spectrum traits in youth with anxiety disorders. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 26, n. 3, p. 459–467, abr. 2012.
- SILVERMAN, W. K.; ALBANO, A. M. **Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Parent Interview Schedule (Child Version)**. [s.l.] Graywind Publications Incorporation, 1996.
- SIRACUSANO, M. et al. The Impact of COVID-19 on the Adaptive Functioning, Behavioral Problems, and Repetitive Behaviors of Italian Children with Autism Spectrum Disorder: An Observational Study. **Children**, v. 8, n. 2, p. 96, 2 fev. 2021.
- SPENCE, S. H. A measure of anxiety symptoms among children. **Behaviour Research and Therapy**, v. 36, n. 5, p. 545–566, maio 1998.
- STERN, J. A. et al. Psychometric properties of the SCARED in youth with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 8, n. 9, p. 1225–1234, set. 2014.
- TAYLOR, E. C. et al. Autonomic dysfunction in autism: The roles of anxiety, depression, and stress. **Autism**, v. 25, n. 3, p. 744–752, abr. 2021.
- THOMAS, E. **Coronavirus Report: Impact on Young People with Mental Health Needs (youngminds.org.uk)**. Disponível em: <<https://youngminds.org.uk/about-us/reports/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs/#covid-19-january-2021-survey>>. Acesso em: 24 jun. 2021.
- TOKATLY LATZER, I.; LEITNER, Y.; KARNIELI-MILLER, O. Core experiences of parents of children with autism during the COVID-19 pandemic lockdown. **Autism**, v. 25, n. 4, p. 1047–1059, maio 2021.

- TÜRKOĞLU, S. et al. The relationship between chronotype, sleep, and autism symptom severity in children with ASD in COVID-19 home confinement period. **Chronobiology International**, v. 37, n. 8, p. 1207–1213, 2 ago. 2020.
- VAN STEENSEL, F. J. A.; BÖGELS, S. M.; DIRKSEN, C. D. Anxiety and Quality of Life: Clinically Anxious Children With and Without Autism Spectrum Disorders Compared. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 41, n. 6, p. 731–738, nov. 2012.
- VAN STEENSEL, F. J. A.; BÖGELS, S. M.; PERRIN, S. Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 14, n. 3, p. 302–317, set. 2011.
- VAN STEENSEL, F. J. A.; HEEMAN, E. J. Anxiety Levels in Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. **Journal of Child and Family Studies**, v. 26, n. 7, p. 1753–1767, jul. 2017.
- VIDAL, F. A. S. A QUARTA EDIÇÃO DO WISC AMERICANO. p. 3, 2011.
- VIDAL, F. A. S.; FIGUEIREDO, V. L. M. DE. Estrutura fatorial do WISC-III em crianças com dificuldades de aprendizagem. **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 23–32, abr. 2013.
- WHITE, S. W. et al. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 3, p. 216–229, abr. 2009.
- WHO. **World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: WHO characterizes COVID-19 as a pandemic.** Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>>. Acesso em: 1 abr. 2020.
- WILLIAMS, Z. J. et al. A review of decreased sound tolerance in autism: Definitions, phenomenology, and potential mechanisms. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 121, p. 1–17, fev. 2021.
- YANG, L. et al. Efficacy and acceptability of psychological interventions for social anxiety disorder in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 79–89, jan. 2019.

# APÊNDICE 1 – PUBLICAÇÃO NO JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (0890-8567) FATOR DE IMPACTO (JCR 2020): 8.829 ; DOI:HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.JAAC.2021.09.097

6.22—6.24

activities to reinforce initiations to peers. Parents attended weekly training to learn behavioral strategies for facilitating peer interactions, and coaching during social-group sessions. DTG participants continued stable community-based services. Acquired skills were measured in both groups at baseline (BL) and posttreatment (PT) using coding from videos of parent-facilitated peer interaction and free play.

**Results:** Parents in the SUCCESS group showed greater change in the number of prompts provided to their child from BL to PT (mean change = 5 additional prompts in 10 minutes; SD = 8.2), compared to minimal change in DTG (mean change = 1.2; SD = 6.2). The greatest increase was in prompting children with ASD to make requests, a skill directly taught during parent training. When their parents used these strategies, children in the SUCCESS group showed a greater increase in the frequency of prompted behavior regulation initiations to peers between BL (M = 1.3; SD = 1.4) and PT (M = 4.3; SD = 2.8), compared to children in the DTG (BL M = 2.6; SD = 2.8; PT M = 2.5; SD = 2.7,  $F = 6.9$ ,  $p = 0.008$ ). Children in SUCCESS also showed a greater increase in prompted and unprompted initiations across both parent-facilitated and free-play probes than children in DTG ( $p = 0.001$ ). Lastly, children in the SUCCESS group increased the number of peer-directed initiations by 58% ( $p = 0.000$ ), whereas initiations directed toward parents decreased by 26%.

**Conclusions:** Parents of children with ASD can effectively implement naturalistic behavioral strategies for motivating children with ASD to communicate with typical peers. When they do so, their children direct more initiations to peers and fewer to adults, showing promise for enhancing social motivation for peer interactions through parent training.

**ASD, SAC, PAT**  
Supported by the Stanford Medicine Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Small Grant Program  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.09.097>

## 6.22 THE COMBINATION OF KAMPO AND WESTERN ANTIPSYCHOTIC DRUGS WERE EFFECTIVE FOR 20 CASES IN CHILD PSYCHIATRIC OUTPATIENTS

Akiko Ino, MD, Shimada Ryoiku Medical Center for Disabled Children, [ino@shimada-ryoiku.or.jp](mailto:ino@shimada-ryoiku.or.jp)

**Objectives:** Kampo is the Japanese herbal traditional medicine formula, with a root from ancient China, that is used for irritation, mood swing, and agitation in Japan. Ninety percent of Japanese doctors have an experience of prescribing Kampo, and 80% of doctors have combined Kampo and a Western antipsychotic drug (WAD). The indication of applying WAD is for the irritability and agitation with autism spectrum disorder (ASD), and Kampo is used for peripheral symptoms in the child and adolescent psychiatric patient. For now, risperidone and aripiprazole are the only choices under the Japanese health insurance system to treat children with ASD.

**Methods:** This retrospective case series report was conducted in 20 children who received Kampo and a WAD, from April 1, 2017 to December 31, 2020, at our child and adolescent psychiatric outpatient clinic. Their ages ranged from 7 to 19 years. Their age, gender, IQ, and Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition (WISC-IV), Tanaka-Riney-5 test, Kyoto Scale of Psychological Development, the severity that DSM-5 defines on the initial examination and the end of this research (none = Level 0, mild = Level 1, moderate = Level 2, severe = Level 3), dropout, side effects, and the number of medications were surveyed.

**Results:** The average age was 12.2 years (7-19). The ratio of males to females was 19:1. The average IQ was 81.4 (28-103). There were no side effects from Kampo. Seven children had a blood test, and their average serum potassium level was 4.0 (mg/dL) (3.5-4.9). In addition, 15 (25%) of them had any type of drug and food allergies, 6 (20%) had hearing impairment, abnormality of EEG, and epilepsy, and 3 (15%) had any severe physical disabilities. The initial diagnosis (maximum 2) was 11 (55%) with pervasive developmental disorder and ASD, 9 (45%) with ADHD, 2 (10%) with ODD, 12 (60%) with intellectual disability containing below average IQ (BAIQ), 14 (70%) had continued combined medicine, 5 (25%) had dropped out of the child and adolescent psychiatric outpatient clinic, 6 (30%) had taken multiple WADs. The average Kampo dose per day was 4.6 g (1 package is 2.5 g). The average administration duration was 16.4 months (2-41). The price of a risperidone tablet (2 mg)

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry  
Volume 60 / Number 10S / October 2021

[www.jaacop.org](http://www.jaacop.org) 5165

6.25—6.27

Impact Survey (CRISQ-Adapted For Autism and Related Neurodevelopmental Conditions (AFAR)), a questionnaire inquiring about symptoms and routines about the last 2 weeks and 3 months prior to the COVID-19 crisis. A total of 23 participants had previous (pre-pandemic) Screen for Child Anxiety-Related Disorders (SCARED) scale parental self-report scores, and this instrument was re-applied during the COVID-19 crisis.

**Results:** A total of 49 (80%) children were male, and the median age was 10 years. The Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV) median IQ was 95 (55-116). The baseline score of the SCARED self-report total score increased from a mean of 26.17 ( $n = 11$ ) to 30.91 ( $n = 12$ ) points ( $p < 0.04$ ), and the social phobic disorder score increased from a mean of 6.17 ( $n = 14$ ) to 7.87 ( $n = 14$ ) ( $p < 0.03$ ). In the CRISQ-Adapted For Autism and Related Neurodevelopmental Conditions (AFAR) questionnaire, an association ( $p < 0.01$ ) was found between SCARED and increased sensory seeking behavior ( $r = 0.43$ ) and the requirement of adults to maintain routines ( $r = 0.50$ ); less outdoors time ( $r = -0.48$ ) and physical exercise ( $r = -0.54$ ); concerns about family and friends being infected ( $p < 0.05$ ,  $r = -0.48$ ). Comparing the 3 months prior to the COVID-19 crisis and the assessment during the crisis, there was a reduction in performing independently play self-appropriately ( $p < 0.01$ ) and Structure/initiate daily activities ( $p < 0.001$ ). There was a reduction ( $p < 0.001$ ) in physical exercise (8% to 39%) and spending time outdoors (26% to 20%), as well as an increase in screen time ( $p < 0.001$ ); 42%-39%). There was no increase ( $p > 0.05$ ) in stereotypic, sensory-seeking behaviors, and engagement in a restricted strong interest.

**Conclusions:** Our Brazilian study aligned with some other studies and also provides new data of higher anxiety levels in those individuals in spite of unmet ASD core symptoms. The COVID-19 crisis may lead to worsening of anxiety and further impairment in children and adolescents with ASD.

**AD, ASD**  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.09.097>

is \$0.40 (USD), aripiprazole 0 mg is \$160 (USD), and Kampo is \$0.36 to \$0.16 (USD) per 1 package. The average severity level according to the DSM-5 on the initial examination was 1.95 (1-3). The average severity at the end of this research was 1.17 (0-3).

**Conclusions:** The combination of Kampo and WADs might alleviate the severity of children in the child and adolescent psychiatric outpatient.

**ASD, CAM, ID**  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.09.097>

## 6.23 FROM LOST TO FOUND: STATE LAWS RELATED TO IDENTIFICATION CARDS FOR PERSONS WITH DISABILITIES

Kimberly Hui, MD, The Ohio State University Wexner Medical Center, [Kimberlyhui1993@gmail.com](mailto:Kimberlyhui1993@gmail.com)

**Objectives:** The purpose of this policy surveillance project is to identify and analyze state laws related to disability identification cards with special attention to autism spectrum disorder (ASD) and to provide recommendations for future legislation on this topic.

**Methods:** Policies were identified for inclusion from all 50 states and the District of Columbia using Nexis Uni, and content was assessed using an evidence-based coding tool. Each law was coded for the availability of a disability identification card, information that was included on the card (eg, photograph, specific information about the disability, a generic symbol), medical conditions that qualified for cards, fees charged, and information required to obtain a card (proof of legal residence and documentation of medical condition).

**Results:** As of March 22, 2020, a total of 7 states had special identification cards available for people with disabilities, and 15 states allowed for a special symbol to be placed on a state identification card or driver's license. Of the states that did allow for a special identification card or symbol to be placed on other forms of identification, only 2 states did not require a fee, all have more than 1 form of eligible disability, 3 require proof of lawful residence in the United States, and 21 require some form of verification of a disability or medical condition. Of the 7 states that offer special identification cards, only 2 offer the option to include a photograph on the card. Twenty states require some form of renewal for placards/hangtags/plaques, state identification cards or driver's licenses, or special identification cards for individuals with disabilities. Only 3 states' laws address a severity coding variable. Most states that had the option for a special identification card or symbol on preexisting forms of identification had 2 or 3 requirements to obtain a card.

**Conclusions:** Individuals with disabilities in all 50 states and the District of Columbia. Creating a device more accessible to individuals with disabilities and helps others to identify their needs is crucial given the increased incidence of injury among the population. These cards may help law enforcement and first responders to help individuals with disabilities more appropriately when they encounter them and to potentially save lives.

**ASD, COMD, IUP**  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.09.097>

## 6.24 IMPACT OF THE CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) PANDEMIC ON CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Elaine Cervo, MD, Federal University of Paraná, [elaine.cervo@ufpr.br](mailto:elaine.cervo@ufpr.br), Gustavo Dorzi, PhD, Camilla Bavaian, MS, Jacqueline Cenci, MD, Maria Cecília Carneiro, MD, Karoline Oliveira, MD, Rafael Mazzucheli, PhD

**Objectives:** This poster aims to verify the anxiety symptoms and core symptoms of autism spectrum disorder (ASD) during the COVID-19 crisis.

**Methods:** A total of 57 families with children with verbal ASD aged 6 to 18 years agreed to participate. ASD was confirmed by the Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) and/or the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R). Parents answered the Coronavirus Health

three-dimensional phenotypes is not due to measurement differences across age, gender, adaptive functioning, and ASD/ADHD diagnosis.

**ADHD, ASD**  
Supported by the AACAP Pilot Research Award for Junior Faculty and Child and Adolescent Psychiatry Fellows, Supported by AACAP  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.09.097>

## 6.26 LOST IN TRANSLATION: EXPRESSED EMOTION AND SOCIAL FUNCTIONING IN YOUTH WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Adrian Fanucci-King, BA, University of Massachusetts, [adrian.fanucci-king@umassmed.edu](mailto:adrian.fanucci-king@umassmed.edu); Alexandra C. Palmer, BA, University of Massachusetts, [alexandra.palmer@umassmed.edu](mailto:alexandra.palmer@umassmed.edu); Isha Jalnapurkar, MD, Steven Hodge, David Cochran, MD, PhD, Jean Frazier, MD

**Objectives:** Existing studies substantiate a relationship between high familial expressed emotion (EE) and externalizing behaviors in children with autism spectrum disorder (ASD); however, little is known about the relationship between EE and the severity of core symptoms of ASD, specifically social communication and adaptive functioning. This study assesses the hypothesis that EE demonstrates significant relationships with measures of social cognition, perception of the quality of peer relationships, and adaptive functioning.

**Methods:** A preliminary analysis includes 16 adolescents with ASD ages 13 to 17 years old, and 12.2% were female. The Social Responsiveness Scale, Second Edition (SRS2) was administered to measure social interaction and communication deficits. The Child and Adult versions of the Reading the Mind in the Face Test (RMFT-C and RMFT-A) were utilized to assess social

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – SCARED - VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA

Nós, Elaine Andrade Cravo, Gustavo Manoel Schier Dória e Raffael Massuda, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o responsável legal do paciente menor de idade \_\_\_\_\_ a participar de um estudo intitulado “*Correlação entre a escala para transtornos ansiosos (SCARED) e entrevista diagnóstica (K-SADS-PL-DSM-5) em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista*”. Esse estudo irá avaliar a presença de transtornos ansiosos (como transtorno do pânico, de ansiedade generalizada dentre outros) com essa entrevista diagnóstica *K-SADS-PL-DSM-5* e comparar com os resultados da escala SCARED, pois essa escala demora apenas 10-15 minutos para ser preenchida. Esse estudo é importante porque não existe nenhum estudo desse em nosso país.

O objetivo desta pesquisa é avaliar se essa escala que é de graça e rápida pode ajudar o profissional a suspeitar de transtornos ansiosos em crianças e adolescentes com Transtorno de Espectro Autista e então modificar o plano de como tratar essas crianças e adolescentes.

Caso o Senhor/a Senhora participe da pesquisa, será necessário que tanto o paciente como você aceitem participar de 2 consultas. Na primeira consulta, será realizada a consulta médica em Psiquiatria para coletarmos dados do/da paciente e de vocês a exemplo de : qual renda familiar, se já houve histórico de cirurgias para o/a paciente, que série o paciente está e se é alfabetizado dentre outras perguntas habituais de uma entrevista em Psiquiatria. Nessa consulta também já será aplicada a entrevista *K-SADS-PL-DSM-5*, que pode demorar até todo um turno para sua aplicação com você, responsável legal. Para que não seja cansativo (especialmente pela *K-SADS-PL-DSM-5*, que pode demorar até todo um turno para sua aplicação com cada um de vocês), será então agendada a segunda consulta, onde será aplicada a entrevista *K-SADS-PL-DSM-5* com o paciente e também aplicada a escala SCARED, sendo que essa escala demora de 10-15 minutos para sua aplicação.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Ambos (K-SADS-PL-DSM-5 e SCARED) serão aplicados em separado : criança ou adolescente com transtorno do espectro autista e responsável legal em diferentes salas, se necessário em diferentes momentos. Sendo assim serão necessários, no total, de 2 turnos (6 até 8h) no local da pesquisa para completar ambas a entrevista e escala.

Para tanto o Senhor/ a Senhora deverá comparecer no Centro de Neuropediatria do Complexo Hospital das Clínicas da UFPR (CENEP) – Rua Floriano Essenfelder , 81, Alto da Glória, Curitiba-PR, CEP 80050-540, para consultas médicas para preenchimento das entrevista e escala, o que levará aproximadamente três turnos (um turno com você responsável legal e o/a paciente para consulta psiquiátrica inicial para conhecermos melhor vocês com os dados padrões acima ditos de escolaridade etc + um turno apenas com você responsável legal + outro turno trazendo o/a paciente com Transtorno do Espectro Autista para que ele/ela também responda aos mesmos questionários).

É possível que o Senhor/a Senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado a responder sobre dados do desenvolvimento emocional, neuropsicomotor e educacional do seu filho/filha; também pode haver constrangimento quanto a responder sobre dados que sempre são perguntados em pesquisa como renda familiar, doenças na família dentre outros que fazem parte da consulta psiquiátrica habitual.

Alguns riscos podem relacionados ao estudo podem ser: constrangimento com as perguntas, mas para isso iremos realizar as consultas em consultório com porta fechada; também iremos arquivar todos os documentos com as respostas do/da paciente e de você, responsável legal, em pasta confidencial em gaveteiro metálico com chave para trancar.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: facilitar que se suspeite de transtornos ansiosos em pacientes com transtorno do espectro autista e com isso partir para uma investigação mais profunda e então planejar o tratamento desse paciente de forma mais completa. Estamos utilizando a entrevista K-SADS-PL-DSM-

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

5 para comparar as respostas por essa já ser uma entrevista de uso padronizado na Psiquiatria.

A pesquisadora Elaine Andrade Cravo, responsável por este estudo, pode ser localizada para esclarecer eventuais dúvidas que o Senhor/a Senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: por e-mail (1986.elaine@gmail.com), telefone em horário comercial (das 8h-17h de segunda a sexta no celular (41)99899-8834). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, a pesquisador Elaine poderá ser contatada pelo telefone (41)99899-8834, sendo esse número de telefone disponível nas 24 horas, com acesso direto à pesquisadora envolvida.

Se o Senhor/a Senhora tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o Senhor/a Senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento e tratamento do seu filho/filha está garantido e não será interrompido caso o Senhor/a Senhora desista de participar.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas que são os orientadores dessa pesquisa : Gustavo Manoel Schier Dória e Raffael Massuda. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

O material obtido de entrevistas, questionários e dados registrados da consulta em psiquiatria será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de 10 anos (ou seja, em 2029).

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_____
--



As despesas necessárias para a realização da pesquisa (transporte para conseguir vir às consultas e entrevistas bem como alimentação no caminho para as consultas) não são de sua responsabilidade e o Senhor/a Senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

Nome completo, legível do Participante e/ou Responsável Legal

---

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

---

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

---

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

---

Nome completo do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

---

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### **APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – SCARED - VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA**

Escala SCARED- Pais

CAAE N° 13555419.2.0000.0096

Você foi convidado a participar da pesquisa intitulada: Correlação entre a escala para transtornos ansiosos (SCARED) e entrevista diagnóstica (K-SADS-PL-DSM-5) em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.

Essa pesquisa visa entender como os sintomas de ansiedade se apresentam no Transtorno do Espectro Autista através da aplicação da escala de ansiedade SCARED para relato dos pais e a SCARED para relato do paciente. Além disso queremos verificar como o momento atual de Pandemia pelo Coronavírus (COVID-19) impacta sintomas de ansiedade no seu filho(a). Esse questionário será preenchido eletronicamente por você e por seu filho(a). Caso vocês aceitem participar o tempo estimado de preenchimento será em torno de 5 minutos para cada questionário.

O risco associado a essa pesquisa é considerado baixo (incluindo ter de responder perguntas relacionadas a saúde mental que possam ser desagradáveis) e a plataforma eletrônica Google forms é considerada segura. Seus dados e de seu(sua) filho(a) são confidenciais e não identificáveis. Quanto ao questionário que seu filho(a)  $\geq 8$  anos irá responder, o SCARED CRIANÇAS, ele deverá ser acessado por você, responsável legal, por link enviado via Whatsapp ou email do responsável legal e pode ser respondido na presença e supervisão do acesso à internet pelo responsável legal, ressaltamos apenas para o responsável legal não interferir nas respostas da criança/adolescente.

Caso você não aceite participar você pode fechar esta janela e não responder.

Se, em algum momento do preenchimento do formulário, você desejar suspender sua participação na pesquisa simplesmente feche a janela aberta com o formulário e nenhum dos seus dados serão salvos.

A pesquisadora Elaine Andrade Cravo está disponível via contato telefônico celular 24h no número (41)99899-8834 para o atendimento de dúvidas de eventuais participantes da pesquisa. Essa pesquisa está sendo realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR/EBSERH. Para contato com o Comitê :

Endereço: Térreo do Bloco Central do Hall da Direção / Hospital de Clínicas da UFPR  
Rua General Carneiro, 181- Alto da Glória - CEP 80.060-900 - Curitiba/PR  
Fone/Fax: (41) 3360.1041 - E-mail: [cep@hc.ufpr.br](mailto:cep@hc.ufpr.br)

Horário de funcionamento : 8h-14h (intervalo almoço das 12h-13h).

## **APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CRISIS AFAR - VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA**

### **HÁBITOS E MUDANÇAS DE VIDA APÓS PANDEMIA COVID-19**

CAAE N° 13555419.2.0000.0096

Você foi convidado a participar da pesquisa intitulada: Correlação entre a escala para transtornos ansiosos (SCARED) e entrevista diagnóstica (K-SADS-PL-DSM-5) em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista

Essa pesquisa também visa entender como o momento atual de Pandemia pelo Coronavírus (COVID-19) impacta sintomas de ansiedade, hábitos de vida em geral e acesso à saúde e educação em pessoas com Transtorno do Espectro Autista através de um questionário preenchido eletronicamente por você e por seu filho(a) caso ele(a) tenha 13 anos ou mais. Caso você e seu filho(a) aceitem participar o tempo estimado de preenchimento deste questionário será em torno de 20 minutos.

O risco associado a essa pesquisa é considerado baixo (incluindo ter de responder perguntas relacionadas a saúde mental que possam ser desagradáveis) e a plataforma eletrônica Google forms é considerada segura. Seus dados e de seu filho(a) são confidenciais e não identificáveis. Quanto ao questionário que seu filho(a) ≥14 anos irá responder, a Escala Hábitos e Mudanças de Vida após PANDEMIA COVID-19, ele deverá ser acessado por você, responsável legal, por link enviado via Whatsapp ou email do responsável legal e pode ser respondido na presença e supervisão do acesso à internet pelo responsável legal, ressaltamos apenas para o responsável legal não interferir nas respostas da criança/adolescente.

Caso você não aceite participar você pode fechar esta janela e não responder o questionário.

Se, em algum momento do preenchimento do formulário, você desejar suspender sua participação na pesquisa simplesmente feche a janela aberta com o formulário e nenhum dos seus dados serão salvos.

A pesquisadora Elaine Andrade Cravo está disponível via contato telefônico celular 24h no número (41)99899-8834 para o atendimento de dúvidas de eventuais participantes da pesquisa. Essa pesquisa está sendo realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR/EBSERH. Para contato com o Comitê :

Endereço: Térreo do Bloco Central do Hall da Direção / Hospital de Clínicas da UFPR  
Rua General Carneiro, 181- Alto da Glória - CEP 80.060-900 - Curitiba/PR  
Fone/Fax: (41) 3360.1041 - E-mail:[cep@hc.ufpr.br](mailto:cep@hc.ufpr.br)

Horário de funcionamento : 8h-14h (intervalo almoço das 12h-13h).

## **APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – K-SADS-PL-DSM-5 - VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA**

KSADS

CAAE N° 13555419.2.0000.0096

Você foi convidado a participar da pesquisa intitulada: Correlação entre a escala para transtornos ansiosos (SCARED) e entrevista diagnóstica (K-SADS-PL-DSM-5) em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista

Essa pesquisa também visa entender como os sintomas de ansiedade se apresentam no Transtorno do Espectro Autista. Além disso queremos verificar quais as comorbidades psiquiátricas mais relacionadas com o transtorno do espectro autista e como estas se correlacionam com os sintomas de ansiedade.

Para esse intuito utiliza-se a entrevista com o cuidador (um dos pais) e paciente. Em função da pandemia de Coronavírus e o isolamento social preconizado no nosso estado e município efetuaremos essa entrevista através de videoconferência (link no Google meet), sendo o link disponibilizado via WhatsApp ou email para os cuidadores e pacientes que aceitarem participar do estudo.

A entrevista com você (mãe, pai ou cuidador) será realizada em um momento e com o seu filho(a) em outro momento em separado. Esta entrevista levará cerca de 2 horas e meia e o entrevistador seguirá um protocolo de perguntas que você responderá verbalmente. Caso seu filho tenha 13 anos ou mais a entrevista dele(a) também poderá ser respondida por ele(a) em separado por videoconferência (link do Google meet disponibilizado pelo WhatssApp ou email). Esta entrevista levará cerca de 2 horas e meia e o entrevistador seguirá um protocolo de perguntas que seu filho(a) responderá verbalmente. Caso seu filho(a) tenha menos de 13 anos sua parte será realizada posteriormente quando for novamente possível entrevistas presenciais. As videoconferências não serão gravadas.

O risco associado a essa pesquisa é considerado baixo (incluindo ter de responder perguntas relacionadas a saúde mental que possam ser desagradáveis) e a plataforma eletrônica Google meet é considerada segura. Seus dados e de seu filho(a) são confidenciais e não identificáveis. Importante perceber que a entrevista que seu filho(a)  $\geq 13$  anos irá responder será sozinho via Google meet, sendo assim, após esse contato inicial via vídeo você, responsável legal, deverá aceitar ou recusar esse acesso, do menor, sem supervisão à internet. Para minimizar os riscos do acesso não supervisionado à internet pelo seu filho(a), você será comunicado via contato no Whatsapp assim que finalizada a entrevista do seu filho(a) por qualquer motivo: término da entrevista, falha técnica da internet ou desistência a qualquer momento do seu filho em participar do estudo.

No início da videoconferência este termo será lido pelo entrevistador e se você aceita participar da pesquisa seguiremos adiante com a videoconferência; caso não deseje participar que é só informar e será encerrada a videoconferência neste momento.

Se em algum momento durante a videoconferência você desejar suspender sua participação na pesquisa você poderá informar o entrevistador e desistir da mesma e a qualquer momento a videoconferência será encerrada e suas informações não serão gravadas ou salvas.

A pesquisadora Elaine Andrade Cravo está disponível via contato telefônico celular 24h no número (41)99899-8834 para o atendimento de dúvidas de eventuais participantes da pesquisa. Essa pesquisa está sendo realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR/EBSERH. Para contato com o Comitê :

Endereço: Térreo do Bloco Central do Hall da Direção / Hospital de Clínicas da UFPR  
Rua General Carneiro, 181- Alto da Glória - CEP 80.060-900 - Curitiba/PR  
Fone/Fax: (41) 3360.1041 - E-mail:[cep@hc.ufpr.br](mailto:cep@hc.ufpr.br)  
Horário de funcionamento : 8h-14h (intervalo almoço das 12h-13h).

## **APÊNDICE 6 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VERSÃO PARA APLICAÇÃO PRESENCIAL**

Título do Projeto: Correlação entre a escala para transtornos ansiosos (SCARED) e entrevista diagnóstica (K-SADS-PL-DSM-5) em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista

Investigador: Elaine Andrade Cravo

Local da Pesquisa: Centro de Neuropediatria do Complexo Hospital das Clínicas da UFPR (CENEP)

Endereço: Rua Floriano Essenfelder , 81, Alto da Glória, Curitiba-PR, CEP 80050-540

### **O que significa assentimento?**

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de crianças ou adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

PODE SER QUE ESTE DOCUMENTO DENOMINADO TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CONTENHA PALAVRAS QUE VOCÊ NÃO ENTENDA. POR FAVOR, PEÇA AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA OU À EQUIPE DO ESTUDO PARA EXPLICAR QUALQUER PALAVRA OU INFORMAÇÃO QUE VOCÊ NÃO ENTENDA CLARAMENTE.

### **INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE:**

#### **O QUE É UMA PESQUISA?**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de avaliar se essa escala que é de graça e rápida pode ajudar o profissional a suspeitar de transtornos ansiosos em crianças e adolescentes com Transtorno de Espectro Autista e, então, modificar o plano de como tratar essas crianças e adolescentes.

-Para que fazer a pesquisa? Essa pesquisa é importante porque não existe nenhuma dessa no Brasil e nos países do exterior essa escala tem sido boa pra rastrear transtornos ansiosos.

-Como será feita? Essa pesquisa será feita com perguntas para você junto com um dos seus pais/avós/tios (aquela pessoa que cuida de você todo dia) sobre temas comuns da consulta em Psiquiatria como que ano está na escola dentre outras. Depois você vai resp

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE \_\_\_\_\_

de sintomas em Psiquiatria a exemplo de ansiedade, medos, tristeza dentre outros e por último você vai preencher sozinho/sozinha uma escala que são perguntas que você vai ler e marcar X se acontecerem esses sintomas com você.

-Quais os benefícios esperados com a pesquisa? Esperamos que com os resultados dessa pesquisa possamos usar essa escala rápida em pacientes com Transtorno de Espectro Autista e com isso suspeitar mais de Transtornos Ansiosos nestes pacientes e aí também tratar a ansiedade para melhorar a vida desses pacientes.

-Sigilo : iremos arquivar todos os documentos com as suas respostas e também dos seus pais/avós/tios (aquela pessoa que cuida de você todo dia) em pasta confidencial em gaveteiro metálico com chave para trancar. Quando formos publicar em revista NÃO iremos colocar seu nome e sim um código para ninguém saber quem é além dos pesquisadores.

-Que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa?

Caso você aceite participar, será necessário que Primeiro você e um dos seus pais/avós/tios (aquela pessoa que cuida de você todo dia) vai vir à consulta médica e então vamos fazer uma consulta com todas aquelas perguntas de rotina a exemplo de que série você está na escola, se já fez cirurgias e quais, que remédios toma. Em outro momento você vai vir com um dos seus pais/avós/tios (aquela pessoa que cuida de você todo dia) e apenas você vai entrar na sala para que responda sozinho/sozinha às perguntas de uma entrevista que se chama K-SADS-PL-DSM-5 e, logo após, você vai responder sozinho, uma escala chamada SCARED, que avalia sintomas ansiosos. Essa escala é uma lista de perguntas onde você vai marcar com X aquilo que ocorre com você e demora de 10-15 minutos, geralmente, para as crianças/adolescentes responderem. Ou seja, você vai vir duas vezes com um dos seus pais/avós/tios (aquela pessoa que cuida de você todo dia) e isso deve durar um total de 8h (2 manhãs ou 2 tardes vindo aqui).

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento e/ou tratamento!

### Contato para dúvidas

<p><b>Rubricas:</b></p> <p>Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____</p> <p>Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____</p>
---



A pesquisadora Elaine Andrade Cravo, responsável por este estudo, pode ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Você pode localizar a Elaine Andrade Cravo por e-mail (1986.elaine@gmail.com), telefone (41)99899-8834 em horário comercial de segunda à sexta das 8 às 17h. Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, a pesquisador Elaine poderá ser contatada pelo telefone (41)99899-8834, sendo esse número de telefone disponível nas 24 horas, com acesso direto com à pesquisadora envolvida.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

### **DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:**

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma via original assinada, rubricada e datada deste Documento de ASSENTIMENTO INFORMADO.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE \_\_\_\_\_

Nome completo, legível do Participante menor de idade.

---

Assinatura do Participante menor de idade

---

Nome completo, do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

---

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

## **APÊNDICE 7 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – SCARED - VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA**

SCARED- Criança

CAAE N° 13555419.2.0000.0096

Você foi convidado a participar da pesquisa intitulada: Correlação entre a escala para transtornos ansiosos (SCARED) e entrevista diagnóstica (K-SADS-PL-DSM-5) em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista.

Essa pesquisa também visa entender como o momento atual de Pandemia pelo Coronavírus (COVID-19) impacta sintomas de ansiedade em pessoas com Transtorno do Espectro Autista através de um questionário preenchido eletronicamente por você. Caso você aceite participar o tempo estimado de preenchimento deste questionário será em torno de 5 minutos.

O risco associado a essa pesquisa é considerado baixo (incluindo ter de responder perguntas relacionadas a saúde mental que possam ser desagradáveis) e a plataforma eletrônica Google forms é considerada segura. Seus dados são confidenciais e não identificáveis. Quanto ao questionário que você irá responder, o SCARED CRIANÇAS, ele foi acessado pelo seu responsável legal (pai, mãe, avó etc) por link enviado via Whatsapp ou email do responsável legal e pode ser respondido na presença e supervisão do seu responsável legal (pai, mãe, avó etc), ressaltamos apenas para o responsável legal não interferir nas suas respostas.

Caso você não aceite participar você pode fechar esta janela e não responder o questionário.

Se, em algum momento do preenchimento do formulário, você desejar suspender sua participação na pesquisa simplesmente feche a janela aberta com o formulário e nenhum dos seus dados serão salvos.

A pesquisadora Elaine Andrade Cravo está disponível via contato telefônico celular 24h no número (41)99899-8834 para o atendimento de dúvidas de eventuais participantes da pesquisa. Essa pesquisa está sendo realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR/EBSERH. Para contato com o Comitê :

Endereço: Térreo do Bloco Central do Hall da Direção / Hospital de Clínicas da UFPR  
Rua General Carneiro, 181- Alto da Glória - CEP 80.060-900 - Curitiba/PR  
Fone/Fax: (41) 3360.1041 - E-mail:[cep@hc.ufpr.br](mailto:cep@hc.ufpr.br)

Horário de funcionamento : 8h-14h (intervalo almoço das 12h-13h).

## **APÊNDICE 8 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – K-SADS-PL-DSM-5 - VERSÃO PARA APLICAÇÃO ELETRÔNICA**

KSADS

CAAE N° 13555419.2.0000.0096

Você foi convidado a participar da pesquisa intitulada: Correlação entre a escala para transtornos ansiosos (SCARED) e entrevista diagnóstica (K-SADS-PL-DSM-5) em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista

Essa pesquisa também visa entender como os sintomas de ansiedade se apresentam no Transtorno do Espectro Autista. Além disso queremos verificar quais as comorbidades psiquiátricas mais relacionadas com o transtorno do espectro autista e como estas se correlacionam com os sintomas de ansiedade.

Para esse intuito utiliza-se a entrevista com o cuidador (um dos pais) e com você em separado. Em função da pandemia de Coronavírus e o isolamento social preconizado no nosso estado e município efetuaremos essa entrevista através de videoconferência (link no Google meet), sendo o link disponibilizado via WhatsApp ou email para as pessoas que aceitarem participar do estudo.

A entrevista com você será realizada em um momento e com um de seus pais ou cuidador em outro momento em separado. Sua entrevista levará cerca de 2 horas e meia e o entrevistador seguirá um protocolo de perguntas que você responderá verbalmente por videoconferência- link do Google meet disponibilizado pelo WhatsApp ou email.

O risco associado a essa pesquisa é considerado baixo (incluindo ter de responder perguntas relacionadas a saúde mental que possam ser desagradáveis) e a plataforma eletrônica Google meet é considerada segura. Seus dados e são confidenciais e não identificáveis. As videoconferências não serão gravadas. Importante perceber que você irá responder sozinho a sua entrevista via Google meet. Seu responsável legal (pai, mãe, avó etc) será comunicado via contato no Whatsapp assim que finalizada a sua entrevista por qualquer motivo: término da entrevista, falha técnica da internet ou sua desistência a qualquer momento de participar do estudo.

No início da videoconferência este termo será lido pelo entrevistador e se você aceita participar da pesquisa seguiremos adiante com a videoconferência; caso não deseje participar que é só informar e será encerrada a videoconferência neste momento.

Se em algum momento durante a videoconferência você desejar suspender sua participação na pesquisa você poderá informar o entrevistador e desistir da mesma e a qualquer momento a videoconferência será encerrada e suas informações não serão gravadas ou salvas.

A pesquisadora Elaine Andrade Cravo está disponível via contato telefônico celular 24h no número (41)99899-8834 para o atendimento de dúvidas de eventuais participantes da pesquisa. Essa pesquisa está sendo realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR/EBSERH. Para contato com o Comitê :

Endereço: Térreo do Bloco Central do Hall da Direção / Hospital de Clínicas da UFPR  
Rua General Carneiro, 181- Alto da Glória - CEP 80.060-900 - Curitiba/PR  
Fone/Fax: (41) 3360.1041 - E-mail:[cep@hc.ufpr.br](mailto:cep@hc.ufpr.br)

Horário de funcionamento : 8h-14h (intervalo almoço das 12h-13h).

APÊNDICE 9 – FICHA DE COLETA DE DADOS



**PROJETO**  
GENÉTICA DO  
**AUTISMO**



Esta parte não deve ser preenchida pelos pais



# PROTOCOLO DE INCLUSÃO

## DADOS DE ACOMPANHAMENTO

INICIAIS DO PACIENTE:

ETIQUETA DE CÓDIGO DO  
PACIENTE:

DATA DE INCLUSÃO:

ENTREVISTADOR:

DATA DE EXCLUSÃO:

\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

ÓBITO:

\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Esta parte não deve ser preenchida pelos pais

Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Protocolo: Data de aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ -  
Aplicador: \_\_\_\_\_

Preenche todos os critérios de inclusão?

Fez as coletas de sangue?

Agendada Avaliação Psicológica?

Realizou K-SADS? - Aplicador:

---



**Senhores pais, obrigado por participarem desta pesquisa, ela é de grande importância para o entendimento dos fatores genéticos e comportamentais característicos do Transtorno do Espectro Autista. Porém, para a participação, alguns critérios devem ser preenchidos.**

- 1) É obrigatório o consentimento e a participação de ambos os genitores.**
- 2) O participante deve ser alfabetizado, pois os instrumentos psicológicos a serem utilizados exigem habilidades de leitura e escrita.**

**Solicitamos o preenchimento destas folhas com as informações possíveis.**

- 1) Se houver alguma dúvida, favor deixar em branco para preencher no dia da entrevista.**
- 2) Trazer todos os exames que dispuserem para a consulta com o pesquisador.**
- 3) Trazer a carteirinha de vacinação com os dados do nascimento se dispuserem.**
- 4) Trazer um documento que ateste o diagnóstico prévio de TEA.**

## 1 DADOS INICIAIS DE CONTATO

Nome completo do paciente: [            ]

Endereço: [                            ]

Bairro:[            ] Cidade:[            ]

Estado:[            ] CEP: [            ]

Mora em área:  Rural  Urbana

Há quantos anos mora nesta cidade? [                            ]

Telefone residencial: [                            ]

Celular: [                            ]

Celular com WhatsApp dos pais: [                            ]

E-mail: [                            ]

Número de Registro no Complexo Hospital de Clínicas (se tiver): [                            ]

DNV – Declaração de nascido vivo (esta informação consta na carteirinha de nascimento): [                            ]

Nome do pai: [                            ]

Data de nascimento do pai: [                            ]

Cidade de nascimento do pai: [                            ]

Estado: [                            ]

\*Escolaridade do pai: [                            ]

Nome da Mãe: [                            ]

Data de nascimento da mãe: [                            ]

Cidade de nascimento da mãe: [                            ]

Estado: [                            ]

\*Escolaridade da mãe: [                            ]

Contato em caso de mudança de endereço (não indicar pai ou mãe):

Nome: [            ] Parentesco: [                            ]

Telefone fixo ou celular: [                            ]

**DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE A SEREM PREENCHIDOS PELOS PAIS E CONFIRMADOS PELA EQUIPE DA PESQUISA**

**1.1 DADOS COMPLEMENTARES**

**INFORMAÇÃO ►►** Senhores pais, caso alguma pergunta traga dúvidas, deixem em branco e esta poderá ser respondida junto com os pesquisadores.

1. Data de Nascimento: [                    ] Idade atual (em anos): [                    ]
2. Gênero  Masculino  Feminino
3. Cor da pele (auto referida): **a** -  Branca **b** -  Negra **c** -  Amarela **d** -  Pardo  
 Outra: [                    ]
4. Cidade e Estado onde nasceu: [                    ]  
Área:  Rural  Urbana
5. Quantos anos morou na Cidade onde nasceu? [                    ]
6. Já mudou de Cidade?  Não  Sim

**Caso tenha respondido “Sim”, informe as Cidades onde morou. Não incluir a Cidade de nascimento e atual, pois já foram informados.**

7. Descreva essas mudanças:

- De [                    ] a [                    ] morou em [                    ] / [                    ] (Cidade/Estado)  
Área:  Rural  Urbana
- De [                    ] a [                    ] morou em [                    ] / [                    ] (Cidade/Estado)  
Área:  Rural  Urbana

8. Nível de Escolaridade do paciente:

- Educação Especial.
- Escola Regular. **Qual série?**
- Alfabetizado (sabe apenas ler e escrever)
- Fundamental incompleto (até o 9 ano)
- Fundamental completo (Terminou o 9 ano)
- Médio Incompleto.
- Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo

9. Se o paciente estiver em Escola Regular, tem atendimento de Acompanhante Terapêutico?

Sim  Não

10. O paciente já repetiu algum ano?  Sim - Qual? [ ]  Não

11. O paciente é: a -  Destro b -  Canhoto c -  Ambidestro

12. O paciente reside com quem?

Pais  Irmãos  Avós  Apenas com a mãe  Apenas com o pai

Outros parentes - Quais: [ ]

O paciente reside em outro local sem os familiares – especificar: [ ]

13. Renda familiar mensal (em média, quantos salários mínimos a família recebe?): [ ]

14. Número de pessoas dependentes desta renda (contar todos os familiares): [ ]

15. Religião do paciente: [ ]

## 2 CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

16. Profissão do pai: [ ]

A profissão do pai se encaixa em alguma das listadas abaixo  Não  Sim

Atividade agrícola  Indústria petroleira  Indústria química  Tintas  Laboratório

Outro – Qual? [ ]

Na profissão do pai do paciente há algum contato com:

Pesticidas – Se sim, quais: [ ]

Produtos químicos? – [ ]

Profissão da mãe: [ ]

A profissão da mãe se encaixa em alguma das listadas abaixo:  Não  Sim

Atividade agrícola  Indústria petroleira  Indústria química  Tintas

Laboratório  Outro – Qual? [ ]

Na profissão da mãe do paciente há algum contato com:

Pesticidas – Se sim, quais: [ ]

Produtos químicos? – Se sim, quais [ ]

17. Grau de instrução da pessoa que contribui com a maior renda do núcleo familiar:

Analfabeto

Ensino Fundamental incompleto. Qual série? [ ]

Ensino Fundamental completo.

Ensino Médio incompleto. Qual série? [ ]

Ensino Médio completo.

Ensino Superior incompleto.

Ensino Superior completo

Pós-graduação

**18.** Você tem acesso à água encanada em sua casa?

Sim  Não

Você tem rede de esgoto em sua casa?

Sim  Não

Você tem rua pavimentada (com asfalto) em sua casa?

Sim  Não

**19.** Itens de conforto familiar – Favor responder com um X no quadrado a quantidade de itens listados abaixo em sua casa:

ITENS DE CONFORTO	Não tem	1	2	3	4 ou mais
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex ( <i>2ª porta da geladeira</i> )					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

### 3 HISTÓRICO

**20. Gestação:**

A gravidez foi planejada?  Sim  Não

**21.** A gravidez foi:  Natural  Inseminação artificial  Fertilização in vitro

A mãe fez o pré-natal regularmente?  Sim  Não

**22.** Existe grau de parentesco (consanguinidade) entre os pais  Sim  Não

Se sim, qual? [ ]

**23.** Ordem de nascimento (aqui marcar se o paciente é o primeiro, segundo, terceiro, etc):

O (a) paciente é o (a) [ ] filho (a).

**24.** Quantos filhos os pais têm contando com o paciente (mesmo pai e mesma mãe)? [ ]

**25.** A mãe sofreu alguma perda importante (ex: de uma pessoa querida ou um trabalho) no período da gravidez?  Sim  Não

Qual? [ ]

**26. a.** A mãe fez uso de ácido fólico prévio à gestação:  Sim  Não

**26. b.** A mãe apresentou deficiência de VITAMINA D durante a gestação?  Sim  Não

**26. c.** A mãe fez uso de vitamina D durante a gestação?  Sim  Não

**27. a.** Fez uso de PARACETAMOL durante a gestação?  Sim  Não  Não lembra

**27. b.** Uso de alguma outra medicação contínua durante a gestação?  Sim  Não

Quais: [ ]

**28.** Usou durante a gestação medicação psiquiátrica (antidepressivos, remédios para dormir, estabilizadores de humor, antipsicóticos)  Sim  Não

Quais medicações? [ ]

**29.** A mãe apresentou quadro de OBESIDADE durante a gestação?  Sim  Não

**30.** A mãe teve DIABETES durante a gestação?  Sim  Não

**31.** A mãe teve problemas de PRESSÃO ALTA durante a gestação?  Sim  Não

**32.** A mãe teve PRÉ-ECLÂMPSIA na gestação?  Sim  Não

**33.** A mãe foi diagnosticada com quadro de ANSIEDADE durante a gestação?  Sim  Não

Não

**34.** A mãe foi diagnosticada com quadro de DEPRESSÃO durante a gestação?  Sim  Não

Não

**35.** A mãe foi diagnosticada com OUTRA doença/transtorno/síndrome durante a gestação?

Sim  Não

Se sim, qual? [ ]

**36.** A mãe fez uso de substâncias na gestação:

Não.

Sim. Quais: [ ]

Álcool: Quantidade: [ ] Frequência: [ ]

Tabaco: Cigarros/dia: [ ]

Maconha  Cocaína  Crack  Heroína  Outras drogas: [ ]

Quantidade: [ ] Frequência: [ ]

**37.** Nascimento com quantas semanas? [ ]  Não se lembra

O parto foi:  Normal  Cesárea  A fórceps  Parto induzido

Dado presente:  Na carteira da criança  Memória dos pais

**38.** O paciente sofreu complicações obstétricas (no nascimento)?  Sim  Não

Caso afirmativo:  Usou respirador  Apresentou hipoxia  Convulsão neonatal

Hemorragia  Icterícia  Ficou internado - Quanto tempo? [ ]

Outros? [ ]

**39.** A mãe do paciente apresentou doenças ou complicações durante a gestação?

Sim  Não - Caso afirmativo, qual? [ ]

### 3.1 HISTÓRICO DO PACIENTE

**40.** APGAR ao nascimento: [ ]  Não se lembra

Dado presente:  Na carteira da criança  Valor pela memória dos pais

**41.** Peso no nascimento: [ ]  Não se lembra

Dado presente:  Na carteira da criança  Valor pela memória dos pais

**42.** Altura no nascimento: [ ]  Não se lembra

Dado presente:  Na carteira da criança  Valor pela memória dos pais

**43.** Perímetro cefálico (perímetro da cabeça ao nascimento) (apenas pela carteira da criança): [ ]

**44.** Vacinação:  Completa  Incompleta

Dado presente:  Na carteira da criança  Memória dos pais

45. O paciente tem diagnóstico de outra doença/transtorno/síndrome clínica e/ou neurológica?  
 Sim  Não - Caso afirmativo, qual(is)? [ ]  
 Epilepsia  TDAH  Gastrointestinais  Distúrbios do sono  Distúrbios de comportamento  Deficiência Intelectual  Outros [ ]
46. O paciente já foi internado?  Sim  Não - Caso afirmativo, por quê? [ ]
47. Idades de desenvolvimento:
48. Olhou nos olhos: [ ] meses -  Não olhou /  Não lembra  
 Houve regressão?  Sim  Não  
 Quando? meses  Não lembra
49. Sorriso social: [ ] meses -  Não sorriu /  Não lembra  
 Houve regressão?  Sim  Não  
 Quando? [ ] meses  Não lembra
50. Firmou o pescoço: [ ] meses  Não lembra
51. Sentou-se: [ ] meses  Não sentou -  Não lembra
52. Engatinhou: [ ] meses  Não engatinhou -  Não lembra
53. Primeiras palavras: [ ] meses  Não lembra
54. Primeiras frases: [ ] meses  Não lembra
55. Andou: [ ] meses  Não lembra
56. Controle de esfíncter vesical (controle da urina): [ ] anos  Não lembra
57. Controle de esfíncter anal (controle das fezes): [ ] anos  Não lembra
58. Houve alguma regressão após 1 ano e 6 meses, ou dois anos, **no contato social?** ( olhar, brincar, provocar)  Sim  Não - Se sim, quando? [ ] meses  Não lembra
59. Houve alguma regressão após 1 ano e 6 meses **na fala** (deixou de falar palavras que já utilizava)?  Sim  Não - Se sim, quando? [ ] meses  Não lembra

### 3.2 HISTÓRICO DA FAMÍLIA

60. Quantos irmãos o paciente tem? Total: [ ] Irmãos: [ ] Irmãs: [ ]

61. Dados dos irmãos, de acordo com a ordem de nascimento. Em Progenitores, informe 1 se o irmão for filho dos mesmos mãe e pai do paciente; | 2, se de outra mãe | 3, se de outro pai; | 4, se de outros pais (adotado).



Ordem de nasc.	61a. Nome completo:	61b. Data de nascimento:	61c. Progenitores: 1, 2, 3, ou 4	61d. Sexo: M ou F
1º	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2º	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3º	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

62. O paciente tem irmão(s) gêmeo(s)?  Não  Sim

Caso afirmativo:  Monozigótico → gêmeo idêntico ou  Dizigótico → gêmeo não-idêntico

63. Algum dos irmãos ou irmãs tem diagnóstico de TEA e/ou é participante desta pesquisa?

Ordem de nasc.	63a. Diagnóstico de TEA: S = Sim ou N = Não	63b. Etiqueta, se participante desta pesquisa: (a ser preenchida pela equipe)
1º	[ ]	[ ]
2º	[ ]	[ ]
3º	[ ]	[ ]
4º	[ ]	[ ]

63c. Algum dos pais tem diagnóstico de TEA?  Não

Se sim, quem? [ ]

Mãe  Pai

64. Algum dos irmãos ou irmãs FAZ NO PRESENTE MOMENTO tratamento

**PSIQUIÁTRICO?**

Sim  Não

Qual irmã ou irmão? [ ] (aqui colocar qual ou quais irmãos e a ordem de nascimento, 1º, 2º, 3º, etc.)

Qual ou quais os diagnósticos dos irmãos? [ ]

65. Algum dos irmãos ou irmãs JÁ FEZ NO PASSADO tratamento **PSIQUIÁTRICO?**

Sim  Não

Qual irmã ou irmão? [ ] (aqui colocar qual ou quais irmãos e a ordem de nascimento, 1º, 2º, 3º, etc.)

Qual ou quais os diagnósticos dos irmãos? [ ]

**66. Algum dos irmãos ou irmãs FAZ NO PRESENTE MOMENTO tratamento**

**NEUROLÓGICO?**

Sim  Não

Qual irmã ou irmão? [ ] (aqui colocar qual ou quais irmãos e a ordem de nascimento, 1°, 2°, 3°, etc.)

Qual ou quais os diagnósticos dos irmãos? [ ]

**67. Algum dos irmãos ou irmãs JÁ FEZ NO PASSADO tratamento NEUROLÓGICO?**

Sim  Não

Qual irmã ou irmão? [ ] (aqui colocar qual ou quais irmãos e a ordem de nascimento, 1°, 2°, 3°, etc.)

Qual ou quais os diagnósticos dos irmãos? [ ]

**68. Algum dos irmãos ou irmãs FAZ NO PRESENTE MOMENTO tratamento**

**PSICOLÓGICO?**

Sim  Não

Qual irmã ou irmão? [ ] (aqui colocar qual ou quais irmãos e a ordem de nascimento, 1°, 2°, 3°, etc.)

Qual ou quais os diagnósticos dos irmãos? [ ]

**69. Algum dos irmãos ou irmãs JÁ FEZ NO PASSADO tratamento PSICOLÓGICO?**

Sim  Não

Qual irmã ou irmão? [ ] (aqui colocar qual ou quais irmãos e a ordem de nascimento, 1°, 2°, 3°, etc.)

Qual ou quais os diagnósticos dos irmãos? [ ]

**70. Algum dos pais FAZ NO PRESENTE MOMENTO tratamento PSQUIÁTRICO?**

Sim  Não - Se sim, quem?  Mãe  Pai

Qual o diagnóstico dos pais? Mãe: [ ] Pai: [ ]

**71. Algum dos pais JÁ FEZ NO PASSADO tratamento PSQUIÁTRICO?**

Sim  Não - Se sim, quem?  Mãe  Pai

Qual o diagnóstico dos pais? Mãe: [ ] Pai: [ ]

Há quantos anos? [ ]

**72. Algum dos pais já precisou de INTERNAMENTO PSQUIÁTRICO?**

Sim  Não - Se sim, quem?  Mãe  Pai

**73. Algum dos pais FAZ NO PRESENTE MOMENTO tratamento NEUROLÓGICO?**

Sim  Não - Se sim, quem?  Mãe  Pai

Qual o diagnóstico dos pais? Mãe: [ ] Pai: [ ]

**74. Algum dos pais JÁ FEZ NO PASSADO tratamento NEUROLÓGICO?**

Sim  Não - Se sim, quem?  Mãe  Pai

Qual o diagnóstico dos pais? Mãe: [ ] Pai: [ ]

**75. Algum dos pais JÁ FEZ NO PASSADO tratamento PSICOLÓGICO?**

Sim  Não - Se sim, quem?  Mãe  Pai

**76. Algum dos pais FAZ NO PRESENTE MOMENTO tratamento PSICOLÓGICO?**  Sim  Não - Se sim, quem?  Mãe  Pai

**77. Informe se há mais alguém na família que não sejam irmãos e pais do paciente e que apresentem:**

Histórico de transtornos psiquiátricos	NÃO	SIM	Relação de parentesco:	Nome completo:	Participa ou participou desta pesquisa? Sim ou Não (Etiqueta*)
1. Diagnóstico de autismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ]	[ ]	[ ]
2. Diagnóstico de esquizofrenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ]	[ ]	[ ]
3. Diagnóstico de transtorno Bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ]	[ ]	[ ]
4. Fez ou faz acompanhamento psiquiátrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ ]	[ ]	[Qual o diagnóstico:

(Etiqueta\*) a ser preenchida pela equipe.

Exemplos de Relação de parentesco: Avó paterna, Tio materno, Prima paterna, Filho, Filha.

#### 4 DADOS CLÍNICOS

**78.a** Em que ano foi feito o diagnóstico de TEA (com laudo)? [                    ]

**78.b** Por quem? [ **Preencher corretamente os dados abaixo. Quaisquer observações sobre diagnóstico colocar com asterisco logo abaixo.** ]

Nome completo do profissional: [                    ]

Especialidade: [                    ]

Número de classe (CRM, CRP, etc): [                    ]

**79.** Idade do paciente no diagnóstico de TEA: [            ] anos

**80.** Quem suspeitou do diagnóstico:

Pais     Avós     Tios,  Outros parentes,  Professores     Amigos da família,

Médico de família     Médico pediatra     Outros - Quem? [    ]

**81.** Qual ou quais sintomas foram **motivo da suspeita**?

Atraso na linguagem verbal

Prejuízo na linguagem não verbal

Atraso na aquisição da fala

Regressão da fala

Dificuldades de socialização interpessoal

Dificuldade no contato visual

Prejuízo na expressão das emoções

Alteração de comportamento como heteroagressão (agressão à terceiros)

Alteração de comportamento como autoagressão (agressão a si mesmo)

Inquietude ou agitação

Não obedecia a comandos (oposição)

Comportamentos repetitivos/estereotípias (incluir comportamento motor e da fala)

Apresenta falta de iniciativa social (passividade)

Evita contato com as pessoas

Atraso nas habilidades psicomotoras

Dificuldade ou atraso na aquisição da escrita

Hipersensibilidade para sons, cores, luzes, sabores ou texturas.

Crises convulsivas

Suspeita de déficit auditivo

Investigação para Autismo

Outros: [ ]

**82. O paciente teve outros diagnósticos antes do TEA? (Histórico de diagnósticos ou suspeitas até a definição por um quadro de Autismo). – Só preencher esse campo se tiver laudos anteriores. Se existia suspeita colocar como observação.**

Sim  Não - Se sim, qual (is)? Em qual ano? (citar em ordem cronológica)

1ª [ ] - Ano: [ ]

2ª [ ] - Ano: [ ]

**83. Favor listar as medicações com os miligramas que o paciente estiver utilizando. Se não souber como listar, favor trazer a receita ou medicação no dia da avaliação.**

Não faz uso de medicação

**Medicações atuais:**

	Medicação (com os mg)	Dose total do dia	Há quanto tempo está em uso?
1	[ ]	[ ]	[ ]
2	[ ]	[ ]	[ ]
3	[ ]	[ ]	[ ]

**84. O paciente já realizou alguma das avaliações abaixo?**

Não realizou avaliação  WISC-IV  ADOS  ADI-R  CARS  Outra avaliação.

Qual (is)? [ ]

Ano das avaliações: [ ]

**85. Tratamentos não-farmacológicos:**

**Marque as opções de tratamentos realizados NO MOMENTO pelo paciente:**

Acompanhamento Psicológico - Número de sessões por mês: [ ] Início [ ] e Término [ ]

Programa de aprendizagem e desenvolvimento (PAD)

Análise Aplicada do Comportamento (ABA)

Terapia Comportamental  Método Denver

Floortime  TEACHH  Psicanálise

Não sabe informar

Terapia Ocupacional - Número de sessões por mês: [ ] Início e Término [ ]

Integração Sensorial  outros [ ]

Fonoaudiologia – Número de sessões por mês: [ ] Início e Término [ ]

PECS

- Comunicação Alternativa  Outros
- Psicopedagogia – Número de sessões por mês: [ ] Início e Término: [ ]
- Acompanhamento Pedagógico – Número de sessões por mês: [ ] Início e Término [ ]
- Acompanhamento com Neurologista/Neuropediatra
- Acompanhamento com Psiquiatra
- Suplementos Nutricionais
- Dieta sem glúten/sem caseína
- Células tronco
- Ozonioterapia
- Outros [ ]
- Não realiza tratamentos não-farmacológicos

**Favor listar sintomas clínicos que o paciente apresenta neste momento:**

**86. Sono:**

- Não apresenta distúrbios do sono
- Insônia
- Dificuldade para iniciar (pegar) no sono
- Acorda muito durante a noite
- Acorda muito no final da noite
- Agitação durante o sono
- Sonambulismo

**87. O paciente dorme com um dos pais ou ambos os pais?  Sim  Não**

Se “**Sim**” especificar (pode marcar mais de uma opção)

- Dorme no quarto dos pais
- Dorme em quarto diferente do quarto dos pais, mas dorme com a mãe
- Dorme em quarto diferente do quarto dos pais, mas dorme com o pai
- Dorme no quarto dos pais, mas em cama separada
- Dorme na cama dos pais
- Dorme na cama com o pai e a mãe
- Dorme **apenas** com a mãe na cama
- Dorme **apenas** com o pai na cama
- Por quê? [ ]

**88. O paciente apresenta sintomas gástricos:**

- Sim  Não

Se sim, quais?  Restrição de dieta  Constipação  Diarreia  Seletividade

Outros [ ]

89. O paciente consegue controlar a urina?  Sim  Não  às vezes, há escapes

90. O paciente consegue controlar as fezes?  Sim  Não  às vezes, há escapes

91. O paciente consegue controlar a urina quando dorme?  Sim  Não  às vezes, há escapes

92. O paciente já realizou algum **exame genético**?  Sim  Não

FAVOR TRAZER CÓPIA DO EXAME GENÉTICO NO DIA DA CONSULTA

**Obrigado por completar este questionário. No dia da consulta, favor trazer os exames já realizados pelo paciente.**

**Esta parte não deve ser preenchida pelos pais**

#### 5 APLICAÇÃO PELOS MÉDICOS

93. Exames complementares realizados (anotar alterações do exame):

Pesquisa genética - alterações: {}

EEG- alterações: {}

Vídeo-EEG - alterações: {}

Ressonância Magnética - alterações: {}

Tomografia de Crânio - alterações: {}

Oftalmológica – alterações: {}

Auditiva - alterações: {}

Outros exames positivos – alterações: {}

**Diagnósticos do Paciente:**


#### 6 IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL – GRAVIDADE (CGI-S)

OBS: a CGI será aplicada na primeira visita do paciente

Considerando sua experiência clínica geral com esse tipo particular de população, quão mentalmente doente está o paciente nesse momento?

1. Normal, não doente (sem sintomas; nenhuma evidência de doença);
2. Minimamente doente (sintomas mínimos; mantém bom funcionamento);
3. Levemente doente (baixo nível de sintomas; sofrimento subjetivo; pouco ou nenhum prejuízo funcional);
4. Moderadamente doente (alguns sintomas proeminentes; moderado prejuízo funcional);
5. Acentuadamente doente (sintomas significativos; importante prejuízo funcional)
6. Gravemente doente (sintomas muito evidentes; incapaz de funcionar na maioria das áreas);
7. Entre os doentes mais graves (extremamente sintomático; completamente incapacitado; necessita de cuidados adicionais).



## ANEXO 1 – ESCALA SCARED VERSÃO PARENTAL

SCARED – Pais	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente
Abaixo se encontra uma lista de itens que descrevem como as pessoas se sentem em algumas situações. Para cada frase, circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever <b>seu filho</b> nos <b>últimos 3 meses</b> .			
<i>Circule 0 para o item que nunca é verdadeiro ou é raramente verdadeiro para ele</i>			
<i>Circule 1 para o item que algumas vezes é verdadeiro para ele</i>			
<i>Circule 2 para o item que é bastante ou freqüentemente verdadeiro para ele</i>			
1. Quando meu filho fica com medo, ele tem dificuldades para respirar.	0	1	2
2. Meu filho sente dor de cabeça quando está na escola.	0	1	2
3. Meu filho não gosta de estar com pessoas que não conhece bem.	0	1	2
4. Meu filho fica com medo, quando dorme fora de casa.	0	1	2
5. Meu filho se preocupa se as outras pessoas gostam dele .	0	1	2
6. Quando meu filho fica com medo, ele sente como se fosse desmaiar.	0	1	2
7. Meu filho é nervoso (a).	0	1	2
8. Meu filho me segue aonde quer que eu vá.	0	1	2
9. As pessoas me dizem que o meu filho parece nervoso (a).	0	1	2
10. Meu filho fica nervoso (a) com pessoas que ele não conhece bem.	0	1	2
11. Meu filho tem dor de barriga na escola.	0	1	2
12. Quando meu filho fica com medo, ele acha que vai enlouquecer.	0	1	2
13. Meu filho tem medo de dormir sozinho.	0	1	2
14. Meu filho se preocupa em ser tão bom quanto as outras crianças.	0	1	2
15. Quando meu filho fica com medo, ele tem a impressão de que as coisas não são reais.	0	1	2
16. Meu filho tem pesadelos com coisas ruins acontecendo com os seus pais.	0	1	2
17. Meu filho fica preocupado quando tem que ir à escola.	0	1	2
18. Quando meu filho fica com medo, o seu coração bate rápido.	0	1	2

19. Quando meu filho fica nervoso, ele treme de medo.	0	1	2
20. Meu filho tem pesadelos com alguma coisa ruim acontecendo com ele.	0	1	2

<b>SCARED – Pais (continuação)</b>			
<b>Lembre-se:</b> para cada frase, circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever <b>seu filho</b> nos <b>últimos 3 meses</b> .			
<i>Circule 0 para o item que <b>nunca é verdadeiro</b> ou é <b>raramente verdadeiro</b> para ele</i>	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Frequentemente
<i>Circule 1 para o item que <b>algumas vezes é verdadeiro</b> para ele</i>			
<i>Circule 2 para o item que é <b>bastante</b> ou <b>frequentemente verdadeiro</b> para ele</i>			
21. Meu filho fica preocupado (a) se as coisas vão dar certo para ele.	0	1	2
22. Quando meu filho fica com medo, ele sua muito.	0	1	2
23. Meu filho é muito preocupado (a).	0	1	2
24. Meu filho fica com muito medo sem nenhum motivo.	0	1	2
25. Meu filho tem medo de ficar sozinho em casa.	0	1	2
26. Meu filho tem dificuldade para falar com pessoas que não conhece bem.	0	1	2
27. Quando meu filho fica com medo, ele se sente sufocado.	0	1	2
28. As pessoas me dizem que o meu filho se preocupa demais.	0	1	2
29. Meu filho não gosta de ficar longe de sua família .	0	1	2
30. Meu filho tem medo de ter ataques de ansiedade (ou ataques de pânico).	0	1	2
31. Meu filho tem medo de que alguma coisa ruim aconteça comigo ou com o pai dele.	0	1	2
32. Meu filho fica com vergonha na frente de pessoas que não conhece bem.	0	1	2
33. Meu filho se preocupa muito com o que vai acontecer no futuro .	0	1	2
34. Quando meu filho fica com medo, ele tem vontade de vomitar .	0	1	2
35. Meu filho se preocupa muito em fazer as coisas bem feitas .	0	1	2
36. Meu filho tem medo de ir à escola.	0	1	2
37. Meu filho se preocupa com as coisas que já aconteceram.	0	1	2
38. Quando meu filho fica com medo, ele se sente tonto.	0	1	2

39. Meu filho fica nervoso quando está com outras crianças ou adultos e tem que fazer algo enquanto eles lhe olham (por exemplo, ler em voz alta, falar, jogar um jogo ou praticar um esporte).	0	1	2
40. Meu filho fica nervoso para ir a festas, bailes ou qualquer lugar onde estejam pessoas que ele não conhece bem.	0	1	2
41. Meu filho é tímido.	0	1	2

## ANEXO 2 – ESCALA SCARED VERSÃO AUTORRELATO

<b>SCARED - Criança</b> Abaixo se encontra uma lista de ítems que descrevem como as pessoas se sentem em algumas situações. Para cada frase, circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever você nos <b>últimos 3 meses</b> .  <i>Circule 0 para o item que <b>nunca é verdadeiro</b> ou é <b>raramente verdadeiro</b> para você</i> <i>Circule 1 para o item que <b>algumas vezes é verdadeiro</b> para você</i> <i>Circule 2 para o item que é <b>bastante</b> ou <b>freqüentemente verdadeiro</b> para você</i>	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente
1. Quando eu fico com medo, eu tenho dificuldade de respirar.	0	1	2
2. Eu sinto dor de cabeça quando estou na escola.	0	1	2
3. Eu não gosto de estar com pessoas que não conheço bem.	0	1	2
4. Eu fico com medo quando eu durmo fora de casa.	0	1	2
5. Eu me preocupo se outras pessoas gostam de mim.	0	1	2
6. Quando eu fico com medo, eu sinto como se eu fosse desmaiar.	0	1	2
7. Eu sou nervoso (a).	0	1	2
8. Eu sigo a minha mãe ou o meu pai aonde eles vão.	0	1	2
9. As pessoas me dizem que eu pareço nervoso.	0	1	2
10. Eu fico nervoso(a) com pessoas que eu não conheço bem.	0	1	2
11. Eu tenho dor de barriga na escola.	0	1	2
12. Quando eu fico com medo, eu acho que vou enlouquecer.	0	1	2
13. Eu tenho medo de dormir sozinho.	0	1	2
14. Eu me preocupo em ser tão bom quanto as outras crianças.	0	1	2
15. Quando eu fico com medo, tenho a impressão de que as coisas não são reais.	0	1	2
16. Eu tenho pesadelos com coisas ruins acontecendo com os meus pais.	0	1	2
17. Eu fico preocupado quando tenho que ir à escola.	0	1	2

18. Quando eu fico com medo, o meu coração bate rápido.	0	1	2
19. Quando eu fico nervoso, eu tremo de medo.	0	1	2
20. Eu tenho pesadelos com alguma coisa ruim acontecendo comigo.	0	1	2

**QUESTIONÁRIO 1 (continuação)**

**Lembre-se:** para cada frase, circule o número que corresponde à resposta que melhor parece descrever você nos **últimos 3 meses**.

*Circule 0 para o item que não é verdadeiro ou é raramente verdadeiro para você*

*Circule 1 para o item que algumas vezes é verdadeiro para você*

*Circule 2 para o item que é bastante ou freqüentemente verdadeiro para você*

	Nunca ou raramente	Algumas vezes	Freqüentemente
21. Eu fico preocupado (a) se as coisas vão dar certo para mim.	0	1	2
22. Quando eu fico com medo, eu sudo muito.	0	1	2
23. Eu sou muito preocupado (a).	0	1	2
24. Eu fico com muito medo sem nenhum motivo.	0	1	2
25. Eu tenho medo de ficar sozinho em casa.	0	1	2
26. Eu tenho dificuldade para falar com pessoas que não conheço bem.	0	1	2
27. Quando eu fico com medo, eu me sinto sufocado.	0	1	2
28. As pessoas dizem que eu me preocupo demais.	0	1	2
29. Eu não gosto de ficar longe da minha família.	0	1	2
30. Eu tenho medo de ter ataques de ansiedade (ou ataques de pânico).	0	1	2
31. Eu tenho medo de que alguma coisa ruim aconteça com os meus pais.	0	1	2
32. Eu fico com vergonha na frente de pessoas que não conheço bem.	0	1	2
33. Eu me preocupo muito com o que vai acontecer no futuro.	0	1	2
34. Quando eu fico com medo, eu tenho vontade de vomitar.	0	1	2
35. Eu me preocupo muito em fazer as coisas bem feitas.	0	1	2
36. Eu tenho medo de ir à escola.	0	1	2
37. Eu me preocupo com as coisas que já aconteceram.	0	1	2

38. Quando eu fico com medo, eu me sinto tonto (a).	0	1	2
39. Eu fico nervoso (a) quando estou com outras crianças ou adultos e tenho que fazer algo enquanto eles me olham (por exemplo, ler em voz alta, falar, jogar um jogo ou praticar um esporte).	0	1	2
40. Eu fico nervoso (a) para ir a festas, bailes ou qualquer lugar onde estejam pessoas que eu não conheço muito bem.	0	1	2
41. Eu sou tímido(a).	0	1	2

**ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE IMPACTO DO CORONAVÍRUS NA SAÚDE  
(CRISIS) – ADAPTADO PARA AUTISMO E TRANSTORNOS DE  
NEURODESENVOLVIMENTO: FORMULÁRIO DA LINHA DE BASE PARA PAIS/  
CUIDADOR 3-21 ANOS**

**Questionário de Impacto do Coronavírus na Saúde  
(CRISIS) - adaptado para Autismo e Transtornos do  
Neurodesenvolvimento(AFAR) V0.5.1**

*Formulário da linha de base para Pais/Cuidador (3-21  
anos)*

**Licença de Atribuição:** CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

O questionário CRISIS foi desenvolvido por meio de um esforço colaborativo entre os grupos de pesquisa de Kathleen Merikangas e Argyris Stringaris no Programa de Pesquisa “Colaboração no Espectro do Humor” do National Institute of Mental Health, e aqueles do grupo do Michael P. Milham no Child Mind Institute e Instituto NYS Nathan S. Kline de Pesquisa em Psiquiatria.

**Contribuidores e consultores em conteúdo:** Evelyn Bromet, Stan Colcombe, Kathy Georgiadis, Dan Klein, Giovanni Salum

**Coordenadores:** Lindsay Alexander, Ioanna Douka, Julia Dunn, Diana Lopez, Ken Towbin

**Suporte Técnico e de Edição:** Irene Droney, Beth Foote, Jianping He, Georgia O’

Callaghan, Judith Milham, Courtney Quick, Diana Paksarian, Kayla Sirois

### **Grupo de desenvolvimento para o Questionário CRISIS AFAR:**

Essa adaptação tem o objetivo de avaliar as necessidades específicas e mudanças relacionadas ao impacto da crise do Coronavírus/COVID-19 em adolescentes e adultos (>14 anos) com autismo e transtornos do neurodesenvolvimento. A estrutura geral do questionário CRISIS foi mantida. Itens que focam em acesso a serviços, comportamentos adaptativos importantes, assim como sintomas relevantes no autismo e outras condições associadas ao transtorno foram acrescentadas. Alguns itens considerados pouco específicos foram retirados e outros adaptados para melhor se adequar a população alvo (um sumário detalhado é disponível através de solicitação por email para [Adriana.DiMartino@chidmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@chidmind.org)).

*Grupo Principal de desenvolvimento de Conteúdo:* Adriana Di Martino, Louise Gallagher, Stelios Georgiades, Panagiota (Neny) Pervanidou, Audrey Thurm, Bethany Vibert. A seção intitulada Escolas e Serviços foi baseada em perguntas selecionadas do questionário CARING/ COVID desenvolvido por Shafali Jeste e colegas da Universidade da Califórnia, Los Angeles, sendo adaptado ao contexto.

**Consultores principais em conteúdo:** So Hyun (Sophy) Kim, Meng-Chuan Lai

**Edição e Suporte Técnico:** Evdokia Anagnostou, Lindsay Alexander, Jacob Stroud, Irene Droney

Nossos grupos encorajam notificação prévia de qualquer mídia, relatórios científicos ou publicações de dados que tenham sido coletados com o CRISIS e a presente adaptação ([merikank@mail.nih.gov](mailto:merikank@mail.nih.gov) e [Adriana.DiMartino@childmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@childmind.org) respectivamente), ainda que não seja obrigatório. Nós também encorajamos compartilhamento voluntário de dados com o propósito de estudos psicométricos liderados pelo Dr. Stringaris ([argyris.stringaris@nih.gov](mailto:argyris.stringaris@nih.gov)). Sugerimos o contato com [Adriana.DiMartino@chidmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@chidmind.org) para contribuir com dados não identificados para o CRISIS AFAR.

**Tradução e edição para o Português Brasileiro**

**CRISIS**



Marina S. Borges<sup>1</sup>, Arthur G. Manfro<sup>1</sup>, Danielle Soares<sup>1</sup>, Giovanni A. Salum<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Seção de Afetos Negativos e Processos Sociais, Porto Alegre, Brasil

## **AFAR**

Cristiane Tezzari Geyer<sup>2</sup>, Elaine Andrade Cravo<sup>2</sup>, Gustavo Dória<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas do Paraná, Curitiba, Paraná

Número de Identificação:

**País :**

**Estado/Região:**

**Sua idade (anos):**

**Idade do seu filho(a) (anos):**

## **INFORMAÇÕES GERAIS**

**Primeiramente, antes de começarmos com as perguntas principais, nós gostaríamos de obter algumas informações gerais sobre seu filho(a) e família.**

**1. Qual sua relação com a criança/adolescente?**

- a. Mãe
- b. Pai
- c. Avô/Avó
- d. Tio/Tia
- e. Pai/Mãe adotivo
- f. Outro: especifique \_\_\_\_\_

**2. Por favor, especifique o sexo do seu filho(a):**

- a. Masculino
- b. Feminino
- c. Outro \_\_\_\_\_

**3. Por favor, especifique o gênero do seu filho(a):**

- a. Garoto/Homem
  - b. Garota/Mulher
  - c. Garoto transgênero/ Homem transgênero
  - d. Garota transgênero / Mulher transgênero
  - e. Não-binário
  - f. Identidade de gênero não listada (favor especificar: \_\_\_\_\_)
- 4. Pensando no que você sabe sobre a história da família do seu filho(a), qual das opções a seguir descreve melhor as regiões geográficas de onde vieram os antepassados do seu filho(a) (por exemplo: tataravós)? Você pode selecionar quantas opções precisar.**
- a. Inglaterra, Irlanda, Escócia ou País de Gales
  - b. Austrália – não descendente de Aborígenes ou das Ilhas do Estreito de Torres
  - c. Austrália – descendente de Aborígenes ou das Ilhas do Estreito de Torres
  - d. Nova Zelândia – sem descendência Maori
  - e. Nova Zelândia – descendência Maori
  - f. Norte da Europa, incluindo Suécia, Noruega, Finlândia e países vizinhos
  - g. Europa Ocidental, incluindo França, Alemanha, Holanda e países vizinhos
  - h. Europa Oriental, incluindo Rússia, Polônia, Hungria e países vizinhos
  - i. Sul da Europa, incluindo Itália, Grécia, Espanha, Portugal e países vizinhos
  - j. Oriente Médio, incluindo Líbano, Turquia e países vizinhos
  - k. Ásia Oriental, incluindo China, Japão, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Taiwan e Hong Kong
  - l. Sudeste Asiático, incluindo Tailândia, Malásia, Indonésia, Cingapura e países vizinhos
  - m. Sul da Ásia, incluindo Índia, Paquistão, Sri Lanka e países vizinhos
  - n. Polinésia, Micronésia ou Melanésia, incluindo Tonga, Fiji, Papua Nova Guiné e países vizinhos
  - o. África
  - p. América do Norte – não descendente das Primeiras Nações, Nativos Americanos, Inuit ou Métis
  - q. América do Norte – descendente das Primeiras Nações, Nativos Americanos, Inuit ou Métis
  - r. América do Sul ou América Central
  - s. Não sei
  - t. Outros
- 5. Seu filho(a) é descendente de hispânicos ou de latinos – isto é, mexicano, Americano-Mexicano, Chicano, Porto-riquenho, Cubano, Sul-americano, da América Central ou qualquer outra cultura ou origem hispânica?**
- a. Sim
  - b. Não
- 6. Seu filho(a) está matriculado em alguma escola/universidade durante esse ano letivo?**
- a. Não está na escola/universidade
  - b. Pré-escola
  - c. Ensino fundamental até o 5º ano

- d. Ensino fundamental entre 6° e 9° ano
- e. Ensino médio
- f. Universidade/ Ensino técnico
- g. Pós-graduação

**7. Qual dessas opções melhor descreve o lugar que seu filho(a) mora?**

- a. Cidade grande
- b. Periferia de cidade grande
- c. Cidade pequena
- d. Pequeno município/Vilarejo
- e. Área Rural

**8. Qual o maior grau de ensino que VOCÊ completou?**

- a. Ensino Fundamental
- b. Ensino Médio Incompleto
- c. Ensino Médio Completo / EJA
- d. Ensino Superior Incompleto
- e. Ensino Superior Completo
- f. Pós Graduação Incompleta
- g. Pós-graduação Completa

**9. Qual o maior grau de ensino que o outro responsável ou cuidador completou?**

- a. Ensino Fundamental
- b. Ensino Médio Incompleto
- c. Ensino Médio Completo / EJA
- d. Ensino Superior Incompleto
- e. Ensino Superior Completo
- f. Pós-Graduação (mestrado, doutorado) Incompleto
- g. Pós-Graduação (mestrado, doutorado) Completa
- h. Não há outro responsável ou cuidador

**10. Qual dos abaixo se aplicam à situação de ensino do seu filho(a) ANTES da crise do Coronavírus (COVID-19) :**

- a. Meu filho(a) frequentava programa de educação regular (por exemplo, classe regular) com o suporte ou serviços associados (por exemplo profissional de apoio, sala de recurso, currículo adaptado).
- b. Meu filho(a) frequentava programa de educação especial (por exemplo, uma classe especial) em uma escola pública.
- c. Meu filho(a) frequentava programa de educação especial (por exemplo, uma classe especial) em uma escola particular.
- d. Meu filho(a) frequentava programa específico em um centro de tratamento (por exemplo centro especializado em ABA).
- e. Meu filho(a) estava em um programa domiciliar (por exemplo, ensino domiciliar, programa domiciliar de terapia).
- f. Meu filho(a) estava internado em clínica psiquiátrica de longa duração e não morava em casa.
- g. Meu filho(a) frequentava programa de educação regular sem nenhum suporte educacional diferenciado

**11. Quantas pessoas atualmente vivem na casa do seu filho(a) (além dele)? \_\_\_\_**

**12. Por favor, especifique a relação que essas pessoas têm com seu filho(a) (marque todas que se aplicam)**

- a. Um dos pais
- b. Os dois pais
- c. Avós
- d. Irmãos / Irmãs
- e. Outros jovens / crianças
- f. Outros parentes
- g. Pessoas que não são parentes

**13. Algum adulto que vive na casa é TRABALHADOR DE ATIVIDADE ESSENCIAL (ex: profissional de saúde, entregador, forças de segurança-polícia, bombeiro, manutenção). (Sim/Não)**

a) Se sim,

- **Se sim, eles voltam para casa todos os dias?**
  - o Sim
  - o Não, vivem separados devido ao COVID-19
  - o Não, vivem separados por outros motivos
- **Eles são SOCORRISTAS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE OU TRABALHADORES de instituições que tratam pacientes com COVID-19? Sim/Não**

**14. Quantos quartos tem na casa do seu filho(a) no total? \_\_\_\_\_**

**15. Seu filho(a) tem seguro/plano de saúde?**

- a. Sim, militar
  - b. Sim, empresarial
  - c. Sim, privado
  - d. Sim, outro. Especifique : \_\_\_\_\_
  - e. Não
- 16. Nos 3 meses anteriores à crise do Coronavírus/COVID-19, você ou sua família receberam dinheiro de programas de assistência governamental (Bolsa Família, BPC, LOAS, por exemplo)?**
- a. Sim
  - b. Não
- 17. Qual altura do seu filho (a)? \_\_\_ centímetros(cm)**
- 18. Qual peso do seu filho(a)? \_\_\_ quilogramas(kg)**
- 19. Como você classificaria a saúde física do seu filho(a) no geral?**
- a. Excelente
  - b. Muito boa
  - c. Boa
  - d. Razoável
  - e. Ruim
- 20. Algum profissional de saúde ou de educação já disse a você que seu filho(a) tinha alguma das condições de saúde abaixo? (marque todas que se aplicam)**
- a. Alergias de estação/sazonais
  - b. Asma ou outros problemas pulmonares
  - c. Problemas de coração
  - d. Problemas nos rins
  - e. Doenças imunológicas
  - f. Diabetes ou açúcar alto no sangue
  - g. Câncer
  - h. Artrite
  - i. Dores de cabeça frequentes ou muito fortes
  - j. Epilepsia ou convulsões
  - k. Problemas graves de estômago ou intestino
  - l. Acne grave ou outros problemas graves de pele
  - m. Problemas de visão
  - n. Problemas de audição
  - o. Transtorno obsessivo compulsivo
  - p. Problemas emocionais ou de saúde mental como depressão ou ansiedade
  - q. Problemas com álcool ou drogas
  - r. Deficiência intelectual
  - s. Transtorno de espectro autista
  - t. Problemas de aprendizado
  - u. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

- v. Outro problema que necessitou de serviço de educação especial
- w. Outras condições do neurodesenvolvimento
- x. Atraso do desenvolvimento
- y. Condições genéticas conhecidas
- z. Nenhuma das opções acima

**20a.** Se você assinalou algum dos itens de v até y, favor especificar quais itens assinalados aqui : \_\_\_\_\_

**20b.** Se você assinalou algum dos itens de r até x, favor responder : **Quanto seu filho(a) falava de forma espontânea e rotineira/diária no último mês antes da crise do COVID-19 na sua região?**

- a. Não verbal/Nenhuma palavra
- b. Usava palavras isoladas com significado (por exemplo, para solicitar algo)
- c. Combinava três palavras em uma sentença curta
- d. Falava frases longas de forma autônoma e era capaz de contar fatos que aconteceram

## **STATUS DE SAÚDE E EXPOSIÇÃO AO CORONAVÍRUS/COVID-**

### **19**

**Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:**

- 21. ...Seu filho(a) foi exposto a alguém que provavelmente teria infecção pelo Coronavírus/COVID-19? (marque todas as que se aplicam)**
- a. Sim, alguém com teste positivo
  - b. Sim, alguém com diagnóstico médico, mas sem teste
  - c. Sim, alguém com sintomas compatíveis com Coronavírus, mas sem diagnóstico médico
  - d. Não
- 22. Houve suspeita de que seu filho(a) teria infecção por Coronavírus/COVID-19?**
- a. Sim, com teste positivo
  - b. Sim, com diagnóstico médico, mas sem teste
  - c. Sim, com sintomas compatíveis com Coronavírus, mas sem diagnóstico médico
  - d. Não, sem sinais e/ou sintomas
- 23. Seu filho(a) teve algum dos seguintes sintomas? (marque todos que se aplicam)**
- a. Febre
  - b. Tosse
  - c. Falta de ar

- d. Dor de garganta
- e. Cansaço
- f. Perda de olfato ou paladar
- g. Infecção no olho
- h. Outros \_\_\_\_\_
- i. Nenhum dos acima

**24. Alguém da família do seu filho(a) foi diagnosticado com Coronavírus/COVID-19? (marque todos que se aplicam)**

- a. Sim, um membro da minha família que mora na casa do/da jovem
- b. Sim, um membro da minha família que não mora na casa do/da jovem
- c. Não

**25. Alguma das seguintes opções aconteceu com membros da família do seu filho(a) por causa do Coronavírus/COVID-19? (marque todos que se aplicam)**

- a. Ficou doente fisicamente
- b. Foi hospitalizado
- c. Foi colocado em quarentena sozinho com sintomas, em um cômodo à parte na mesma casa
- d. Foi colocado em quarentena sozinho sem sintomas (por possível exposição, por exemplo)
- e. Perdeu o emprego
- f. Teve sua capacidade de ganhar dinheiro prejudicada
- g. Faleceu
- h. Nenhuma das acima

**Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, o quão preocupado seu filho(a)**

**esteve com:**

**26. ... ser infectado**

- a. Nem um pouco
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

**27. ... amigos ou familiares serem infectados?**

- a. Nem um pouco
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

**28. ...Saúde Física dele(a) ser afetada pelo Coronavírus/COVID-19?**

- a. Nem um pouco
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Bastante
- e. Extremamente

- 29. ...Saúde Mental/Emocional dele(a) ser afetada pelo Coronavírus/COVID-19?**
- Nem um pouco
  - Um pouco
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Extremamente
- 30. O quanto seu filho(a) está perguntando, lendo ou falando sobre o Coronavírus/COVID-19?**
- Nunca
  - Raramente
  - Ocasionalmente
  - Frequentemente
  - Na maior parte do tempo
  - Não se aplica devido à dificuldade de comunicação do meu filho(a)
- 31. A crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região causou alguma mudança positiva na vida do seu filho(a)?**
- Nenhuma
  - Poucas
  - Algumas
- Se respondeu b ou c na questão 31, por favor especifique as mudanças positivas: \_\_\_\_\_

## **MUDANÇAS NA VIDA PROVOCADAS PELA CRISE DO CORONAVÍRUS/COVID-19 NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS**

### **Durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:**

- 32. ... quanto tempo o seu filho(a) passou fora de casa (indo ao mercado, lojas, parques, etc.)?**
- Nem um pouco
  - 1-2 dias por semana
  - Alguns dias por semana
  - Vários dias por semana
  - Todos os dias
- 33. ... o quão estressantes têm sido para seu filho(a) as restrições de sair de casa?**
- Nem um pouco / Sem mudanças
  - Um pouco
  - Moderadamente
  - Bastante
  - Extremamente



- 34. ... o quanto o cancelamento de eventos importantes na vida do seu filho(a) (como formaturas, bailes, férias, etc.) têm sido difíceis para ele/ela?**
- a. Nem um pouco
  - b. Um pouco
  - c. Moderadamente
  - d. Bastante
  - e. Extremamente
- 35. ... o quanto as mudanças relacionadas ao Coronavírus/COVID-19 na região criaram problemas financeiros para seu filho(a) ou sua família?**
- a. Nem um pouco
  - b. Um pouco
  - c. Moderadamente
  - d. Bastante
  - e. Extremamente
- 36. ... o quanto seu filho(a) está preocupado com a estabilidade da sua situação de moradia?**
- a. Nem um pouco
  - b. Um pouco
  - c. Moderadamente
  - d. Bastante
  - e. Extremamente
  - f. Desconhecido devido à dificuldade de comunicação do meu filho(a)
- 37. ...o quanto seu filho(a) está preocupado com ficar sem comida em função da falta de dinheiro?**
- a. Nem um pouco
  - b. Um pouco
  - c. Moderadamente
  - d. Bastante
  - e. Extremamente
  - f. Desconhecido devido à dificuldade de comunicação do meu filho(a)
- 38. O quão esperançoso seu filho(a) está de que a crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região vai acabar logo?**
- a. Nem um pouco
  - b. Um pouco
  - c. Moderadamente
  - d. Bastante
  - e. Extremamente
  - f. Desconhecido devido à dificuldade de comunicação do meu filho(a)

**Obrigado por completar as perguntas acima.**

**Para melhor avaliar o impacto da crise do COVID-19 nós gostaríamos de perguntar primeiro sobre seus comportamentos diários e sono durante os TRÊS**

**MESES ANTES** ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região, e após perguntaremos sobre as **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

## **COMPORTAMENTOS DO DIA-A-DIA (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)**

Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região, o quanto seu filho(a) realizava de forma independente:

**39... brincar e/ou ficar entretido(a) de forma adequada por pelo menos 20 minutos?**

- a. Independente (sem suporte, encorajamento ou supervisão)
- b. Com moderada supervisão (algum direcionamento verbal e/ou visual)
- c. Com significativa supervisão (suporte incluindo instruções passo a passo)
- d. Não realizava

**40...estruturar/iniciar atividades do dia a dia (por exemplo, iniciar e terminar lição de casa/tarefas domésticas/obrigações, seguir um planejamento para completar as atividades)?**

- a. Independente (sem suporte, encorajamento ou supervisão)
- b. Com moderada supervisão (algum direcionamento verbal e/ou visual)
- c. Com significativa supervisão (suporte incluindo instruções passo a passo)
- d. Não realizava

**41...completar atividades de auto-cuidado (por exemplo, se vestir/trocar de roupa de forma independente/escovar os dentes/tomar banho no dia a dia) e/ou iniciar atividades do dia a dia?**

- a. Independente (sem suporte, encorajamento ou supervisão)
- b. Com moderada supervisão (algum direcionamento verbal e/ou visual)
- c. Com significativa supervisão (suporte incluindo instruções passo a passo)
- d. Não realizava

**42...lidar com o horário das refeições e manejo da alimentação (por exemplo, preparar, organizar e limpar)?**

- a. Independente (sem suporte, encorajamento ou supervisão)
- b. Com moderada supervisão (algum direcionamento verbal e/ou visual)
- c. Com significativa supervisão (suporte incluindo instruções passo a passo)
- d. Não realizava

Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região:

**43... em média, que horas seu filho(a) ia dormir nos DIAS DE SEMANA?**

- a. Antes das 20h
- b. Entre 20-22h
- c. Entre 22-00h
- d. Depois da meia noite (00h)

**44.... em média, que horas seu filho(a) ia dormir nos FINAIS DE SEMANA?**

- a. Antes das 20h
- b. Entre 20-22h
- c. Entre 22-00h
- d. Depois da meia noite (00h)

**45.... em média, quantas horas seu filho(a) dormia por noite nos DIAS DE SEMANA?**

- a. Menos de 6h
- b. Entre 6-8h
- c. Entre 8-10h
- d. Mais de 10h

**46.... em média, quantas horas seu filho(a) dormiu por noite nos FINAIS DE SEMANA?**

- a. Menos de 6h
- b. Entre 6-8h
- c. Entre 8-10h
- d. Mais de 10h

**47....em média, quantas vezes seu filho(a) teve dificuldades pra iniciar o sono (por exemplo, dentro de 20 minutos) após ir para cama?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente (< 1 vez por semana)
- c. Ocasionalmente (1 a 2 vezes por semana)
- d. Frequentemente (3 ou mais vezes por semana, mas não diariamente)
- e. Regularmente (todos os dias)

**48....em média, quantas vezes seu filho(a) acordou e permaneceu acordado após ter iniciado o sono?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente (< 1 vez por semana)
- c. Ocasionalmente (1 a 2 vezes por semana)
- d. Frequentemente (3 ou mais vezes por semana, mas não diariamente)
- e. Regularmente (todos os dias)

**49... quantos dias, por semana, seu filho(a) se exercitou (ficou com o coração e a respiração acelerados, por exemplo) por pelo menos 30 minutos?**

- a. Nenhum

- b. 1-2 dias
- c. 3-4 dias
- d. 5-6 dias
- e. Todos os dias

**50... quantos dias, por semana, seu filho(a) passou ao ar livre?**

- a. Nenhum
- b. 1-2 dias
- c. 3-4 dias
- d. 5-6 dias
- e. Todos os dias

## **COMPORTAMENTOS E INTERESSES (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)**

Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 na sua região, quão frequentemente seu filho(a):

**51...iniciou e manteve movimentos repetitivos/maneirismos (por exemplo, movimentos repetitivos de todo o corpo, ou apenas com as mãos e dedos)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**52...iniciou e manteve comportamentos com objetivo de busca sensorial (por exemplo, inspecionando visualmente objetos, tocando ou sentindo objetos por um longo tempo)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**53...iniciou e manteve outros rituais ou rotinas?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**54...se ajustou facilmente às mudanças em rotinas diárias (por exemplo, mudanças no horário, local, ordem ou ocorrência de atividades diárias regulares ou programadas**

**como compromissos, horário de refeições, ou surgimento de eventos/atividades inesperadas)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**55...requisitou membros da família ou outros conhecidos que já tivesse interação para manter rotinas específicas, rituais, hábitos, incluindo fazer coisas de forma consistente, e necessitando de advertência ou mudança do comportamento familiar (por exemplo, demorar mais pra completar tarefas, mudar programação pra se adaptar à criança)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**56...iniciou e se manteve em uma atividade relacionada a um interesse altamente restrito, (por exemplo, se entreter com um objeto/tema, falar sobre o objeto/tema, assistir conteúdos relacionados ao objeto/tema)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 na região:**

**57... algum dos itens abaixo foi um problema significativo no comportamento do seu filho(a) (por favor responda sobre comportamentos que não estavam controlados com o tratamento, caso seu filho(a) estivesse algum tratamento)? (marque todas as que se aplicam) :**

- a. Hiperatividade
- b. Dificuldade de permanecer na atividade
- c. Ficando irritado ou se descontrolando facilmente
- d. Agressão verbal
- e. Agressão física a terceiros ou à propriedade
- f. Auto agressão
- g. Sendo desobediente ou discutindo frequentemente
- h. Chorando facilmente
- i. Se preocupando em excesso com situações sociais (por exemplo, ir à escola, ir a festas de aniversário, falar em público)

- j. Se preocupando em excesso com separação dos pais/cuidadores
- k. Aparentando medo em excesso
- l. Nenhum dos acima

**57a. Para cada sintoma marcado, especifique com:  
O quanto foi um problema para você?**

- m. Um pouco
- n. Moderado
- o. Muito
- p. Bastante

7.2

## **USO DE MÍDIA DIGITAL (NOS 3 MESES ANTERIORES À CRISE)**

Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 na região, quanto tempo por dia seu filho(a) passou:

**58... assistindo TV ou outras mídias digitais (Netflix, Youtube, navegando na Internet, por exemplo)?**

- a. Não assistiu TV ou usou mídias digitais
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

**59... usando redes sociais (WhatsApp, Facetime, Facebook, Instragram, Snapchat, Twitter, TikTok, por exemplo)?**

- a. Não usou redes sociais
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

**60... jogando videogames?**

- a. Não jogou videogames
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

Durante as TRÊS MESES ANTERIORES ao início da crise do Coronavírus/COVID-19 na região, com que frequência seu filho(a):

**61...manteve contato por mensagens/email/ligações/chamadas de video online com os pares fora de casa (fora de vídeo game)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente
- f. Não se aplica (por exemplo, não houve oportunidade)

**62....manteve contato por mensagens/email/ligações/chamadas de video online com adultos fora de casa, como membros da família extensa (não incluindo terapeutas ou professores)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente
- f. Não se aplica (por exemplo, não houve oportunidade)

Obrigado por responder as perguntas acima.

Agora gostaríamos de saber sobre os comportamentos do dia a dia e rotina de sono do seu filho(a) nas últimas duas semanas.

## **COMPORTAMENTOS DO DIA-A-DIA (2 ÚLTIMAS SEMANAS)**

Durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, o quanto seu filho(a) realizava de forma independente:

**63... brincar e/ou ficar entretido(a) de forma adequada por pelo menos 20 minutos?**

- a. Independente (sem suporte, encorajamento ou supervisão)
- b. Com moderada supervisão (algum direcionamento verbal e/ou visual)
- c. Com significativa supervisão (suporte incluindo instruções passo a passo)
- d. Não realizava

**64...estruturar/iniciar atividades do dia a dia (por exemplo, iniciar e terminar lição de casa/tarefas domésticas/obrigações, seguir um planejamento pra completar as atividades)?**

- a. Independente (sem suporte, encorajamento ou supervisão)
- b. Com moderada supervisão (algum direcionamento verbal e/ou visual)
- c. Com significativa supervisão (suporte incluindo instruções passo a passo)
- d. Não realizava

**65...completar atividades de auto-cuidado (por exemplo, se vestir/trocar de roupa de forma independente/escovar os dentes/tomar banho no dia a dia) e/ou iniciar atividades do dia a dia?**

- a. Independente (sem suporte, encorajamento ou supervisão)
- b. Com moderada supervisão (algum direcionamento verbal e/ou visual)
- c. Com significativa supervisão (suporte incluindo instruções passo a passo)
- d. Não realizava

**66...lidar com o horário das refeições e manejo da alimentação (por exemplo, preparar, organizar, limpar)?**

- a. Independente (sem suporte, encorajamento ou supervisão)
- b. Com moderada supervisão (algum direcionamento verbal e/ou visual)
- c. Com significativa supervisão (suporte incluindo instruções passo a passo)
- d. Não realizava

**Durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**

**67... em média, que horas seu filho(a) foi dormir nos DIAS DE SEMANA?**

- a. Antes das 20h
- b. Entre 20-22h
- c. Entre 22h-00h
- d. Depois da meia noite (00h)

**68... em média, que horas seu filho(a) foi dormir nos FINAIS DE SEMANA?**

- a. Antes das 20h
- b. Entre 20-22h
- c. Entre 22h-00h
- d. Depois da meia noite (00h)

**69... em média, quantas horas seu filho(a) dormiu por noite nos DIAS DE SEMANA?**

- a. Menos de 6h
- b. Entre 6-8h
- c. Entre 8-10h
- d. Mais de 10h

**70... em média, quantas horas seu filho(a) dormiu por noite nos FINAIS DE SEMANA?**



- a. Menos de 6h
- b. Entre 6-8h
- c. Entre 8-10h
- d. Mais de 10h

**71....em média, quantas vezes seu filho(a) teve dificuldades pra iniciar o sono (por exemplo, dentro de 20 minutos) após ir para cama?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente (< 1 vez por semana)
- c. Ocasionalmente (1 a 2 vezes por semana)
- d. Frequentemente (3 ou mais vezes por semana, mas não diariamente)
- e. Regularmente (todos os dias)

**72....em média, quantas vezes seu filho(a) acordou e permaneceu acordado após ter iniciado o sono?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente (< 1 vez por semana)
- c. Ocasionalmente (1 a 2 vezes por semana)
- d. Frequentemente (3 ou mais vezes por semana, mas não diariamente)
- e. Regularmente (todos os dias)

**73... quantos dias, por semana, seu filho(a) se exercitou (ficou com o coração e a respiração acelerados, por exemplo) por pelo menos 30 minutos?**

- a. Nenhum
- b. 1-2 dias
- c. 3-4 dias
- d. 5-6 dias
- e. Todos os dias

**74... quantos dias, por semana, seu filho(a) passou ao ar livre?**

- a. Nenhum
- b. 1-2 dias
- c. 3-4 dias
- d. 5-6 dias
- e. Todos os dias

## **COMPORTAMENTOS E INTERESSES (2 ÚLTIMAS SEMANAS)**

Durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, quão frequentemente seu filho(a) :

**75....iniciou e manteve movimentos repetitivos/maneirismos (por exemplo, movimentos repetitivos de todo o corpo, ou apenas com as mãos e dedos)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**76.... iniciou e manteve comportamentos com o objetivo de busca sensorial (por exemplo, inspecionando visualmente objetos, tocando ou sentindo objetos por um longo tempo)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**77.... iniciou e manteve outros rituais ou rotinas?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**78....se ajustou facilmente às mudanças em rotinas diárias (por exemplo, mudanças no horário, local, ordem ou ocorrência de atividades diárias regulares ou programadas como compromissos, horário de refeições, ou surgimento de eventos/atividades inesperadas)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**79....requisitou membros da família ou conhecidos que já tivesse interação para manter rotinas específicas, rituais, hábitos, incluindo fazer coisas de forma consistente, e necessitando de advertência ou mudança do comportamento familiar (por exemplo, demorar mais pra completar tarefas, mudar programação pra se adaptar à criança)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

**80...iniciou e se manteve em uma atividade relacionada a um interesse altamente restrito, (por exemplo, se entreter com um objeto/tema, falar sobre o objeto/tema, assistir conteúdos relacionados ao objeto/tema)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente

Durante as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**,

**81... algum dos itens abaixo foi um problema significativo no comportamento do seu filho(a) (por favor responda sobre comportamentos que não estavam controlados com o tratamento, caso seu filho(a) estivesse algum tratamento)? (marque todas as que se aplicam) :**

- a. Hiperatividade
- b. Dificuldade de permanecer na atividade
- c. Ficando irritado ou se descontrolando facilmente
- d. Agressão verbal
- e. Agressão física a terceiros ou à propriedade
- f. Auto agressão
- g. Sendo desobediente ou discutindo frequentemente
- h. Chorando facilmente
- i. Se preocupando em excesso com situações sociais (por exemplo, ir à escola, ir a festas de aniversário, falar em público)
- j. Se preocupando em excesso com separação dos pais/cuidadores
- k. Aparentando medo em excesso
- l. Nenhum dos acima

**81a. Para cada sintoma marcado, especifique com:**

**O quanto foi um problema para você nas últimas 2 semanas?**

- a. Um pouco
- b. Moderado
- c. Muito
- d. Bastante

## **USO DE MÍDIA DIGITAL (2 ÚLTIMAS SEMANAS)**

Durante as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**, quanto tempo por dia seu filho(a) passou:

**82.... assistindo TV ou outras mídias digitais (Netflix, Youtube, navegando na Internet, por exemplo)?**

- a. Não assistiu TV ou usou mídias digitais
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

**83.... usando redes sociais (WhatsApp, Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok, por exemplo)?**

- a. Não usou redes sociais
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

**84.... jogando videogames?**

- a. Não jogou videogames
- b. Menos de 1h
- c. 1-3h
- d. 4-6h
- e. Mais de 6h

**Durante as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, com que frequência seu filho(a):**

**85...manteve contato por mensagens/email/ligações/chamadas de video online com os pares fora de casa (fora de vídeo game)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente
- f. Não se aplica (por exemplo, não houve oportunidade)

**86....manteve contato por mensagens/email/ligações/chamadas de video online com adultos fora de casa, como membros da família extensa (não incluindo terapeutas ou professores)?**

- a. Nenhuma vez
- b. Raramente
- c. Ocasionalmente
- d. Frequentemente
- e. Regularmente
- f. Não se aplica (por exemplo, não houve oportunidade)

## **ESCOLA E SERVIÇOS**

**Obrigado por responder acima.**

**Agora nós gostaríamos de perguntar sobre os serviços na escola e fora dela que possam ter sido afetados desde a crise do Coronavírus/COVID-19 em sua região.**

**87. Como a educação e outros serviços do seu filho(a) foram afetados DESDE o início da crise Coronavírus/COVID-19 na sua região? Marque todas que se aplicam.**

- a) Meu filho(a) teve que continuar suas aulas em casa.
- b) Meu filho(a) se mudou para uma clínica psiquiátrica de longa duração.
- c) A escola do meu filho(a) está fechada.
- d) A clínica do meu filho(a) está fechada para visitantes.
- e) Meu filho(a) perdeu acesso a aulas, intervenções e atendimentos médicos e serviços
- f) A educação e acesso às terapias do meu filho(a) não foram impactados devido ao Coronavírus (COVID-19)

**88. Como os atendimentos e intervenções que seu filho(a) recebia na ESCOLA foram afetados pela crise do Coronavírus (COVID-19) .**

	Meu filho(a) continua a receber esse atendimento pela escola (pode ter sido modificado) (1)	Meu filho(a) perdeu o atendimento após o COVID-19 (2)	Meu filho(a) não recebia esse atendimento regularmente antes (3)
Sala de recursos (1)			
Fonoaudiologia(2)			
Terapia Ocupacional (TO) (3)			
Fisioterapia (4)			
Análise do Comportamento Aplicada (Terapia ABA) (5)			
Terapia de Habilidades Sociais (6)			
Acompanhamento psicológico através da escola- psicoterapia (7)			

**88a. Para cada atendimento, se a opção (1) é selecionada:**

**Por favor, especifique de que maneira (insira o nome do atendimento dos apresentados acima) é realizado neste momento:**

- Realizando atendimentos online (telemedicina- Zoom, Skype, conversas por telefone)
- Através de emails e materiais entregues na minha casa
- Por uma professora ou terapeuta vindo a minha casa.
- Por atendimentos/ consultas presenciais fora da minha casa

**88b. [Para cada atendimento dos acima, se a pergunta 88a opção (a) foi selecionada então pergunte]:**

**no (especifique o nome do atendimento dependendo da resposta anterior) que seu filho(a) está recebendo online (por exemplo Zoom, Skype, conversas por telefone) quanto essa nova forma de atendimento está ajudando seu filho(a) no momento?**

- Não tem ajudado
- Ajuda apenas um pouco
- Ajuda parcialmente
- Ajuda bastante

**88c. [Para cada atendimento dos acima, se a pergunta 88a foi selecionada opção (b) então pergunte]:**

**No [especifique o atendimento dependendo da resposta anterior) que seu filho(a) está recebendo via email ou materiais mandados para casa, o quanto você tem achado que esta forma de atendimento ajuda seu filho(a)?**

- Não tem ajudado
- Ajuda apenas um pouco
- Ajuda parcialmente
- Ajuda bastante

**89. Como os serviços que seu filho(a) recebia FORA DA ESCOLA foram afetados pela crise do Coronavírus (COVID-19) :**

	Meu filho(a) continua a receber esse atendimento (1)	Meu filho(a) perdeu o atendimento após o COVID-19 (2)	Meu filho(a) não recebia esse atendimento regularmente antes (3)
Fonoaudiologia(1)			
Terapia Ocupacional (TO) (2)			

Fisioterapia (3)			
Análise do Comportamento Aplicada (Terapia ABA) (4)			
Terapia de Habilidades Sociais (5)			
Psicologia geral/Aconselhamento (6)			
Consultas médicas(Psiquiatria / Pediatria / Neuropediatria etc.) (7)			
Terapia recreacional (8)			

**89a. [Para cada tipo de atendimento dos acima, se opção (1) selecionada]:  
Por favor especifique como (insira o nome do atendimento) é realizado no  
momento:**

- a. Realizando atendimentos online (telemedicina- Zoom, Skype, conversas por telefone)
- b. Através de emails e materiais entregues na minha casa
- c. Por um terapeuta vindo a minha casa
- d. Por atendimentos/ consultas presenciais fora da minha casa

**89b. [Para cada atendimento dos acima, se a pergunta 89a opção (a) foi selecionada então pergunte]:  
no (especifique o nome do atendimento dependendo da resposta anterior) que seu  
filho(a) está recebendo online (por exemplo Zoom, Skype, conversas por**

**telefone) quanto essa nova forma de atendimento está ajudando seu filho(a) no momento?**

- a. Não tem ajudado
- b. Ajuda apenas um pouco
- c. Ajuda parcialmente
- d. Ajuda bastante

**89c.** [Para cada atendimento dos acima, se a pergunta 89a foi selecionada opção (b) então pergunte]:

**No** [especifique o atendimento dependendo da resposta anterior) **que seu filho(a) está recebendo via email ou materiais mandados para casa, o quanto você tem achado que esta forma de atendimento ajuda seu filho(a) ?**

- a. Não tem ajudado
- b. Ajuda apenas um pouco
- c. Ajuda parcialmente
- d. Ajuda bastante

**90. Seu filho(a) precisou de atendimentos dos seguintes profissionais desde o início da crise do Coronavírus (COVID-19) e como você conseguiu resolver?**

	Meu filho(a) não precisou desse atendimento (1)	Sim, meu filho(a) teve consulta online (tele-saúde ou telemedicina) (2)	Sim, meu filho(a) teve atendimento em casa (3)	Sim, meu filho(a) teve atendimento presencial no consultório (4)	Não consegui entrar em contato com o profissional (5)
Médico de Família/Pediatra geral (1)					
Psiquiatria (2)					
Neurologia/					



Neuropediatría (3)					
Gastroenterología (4)					
Psicología (5)					
Outras especialidades (como endocrinología, dentista) (6)					

**91. Desde a crise do Coronavírus (COVID-19), quais situações você teve que lidar? Por favor selecione todos que se aplicam.**

- a. As consultas de rotina do meu filho(a) foram canceladas ou adiadas.
- b. Os procedimentos do meu filho(a) ou tratamentos agendados foram cancelados ou adiados.
- c. Tive dificuldade em entrar em contato com o médico do meu filho(a).
- d. Tive dificuldade em obter receitas ou buscar os medicamentos prescritos do meu filho(a).
- e. Tive dificuldade no manejo ou em administrar a medicação do meu filho(a).
- f. Tive dificuldades para pagar medicamentos, atendimentos e tratamentos do meu filho(a).
- g. Meu filho(a) perdeu acesso a um estudo clínico. .
- h. Outro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- i. Nenhum dos acima

**92. Foi prescrita a seu filho(a) alguma medicação para a saúde mental ou problemas no comportamento dele(a)? (Sim/Não)**

Se sim:

**92a. Quais opções seriam de maior ajuda no manejo das medicações do seu filho(a)? (marque todos que se aplicam)**

- 1. Lembretes ou notificações para administrar a medicação;
- 2. Ajuda com os custos da medicação
- 3. Acesso a renovação automática de receitas e ter medicação suficiente em casa
- 4. Auxílio em ajuste de dose da medicação
- 5. Outro (Por favor especifique)
- 6. Nenhuma das acima

**93. Foi prescrita a seu filho(a) alguma medicação para a saúde física dele(a)? (Sim/Não)**

Se sim:

**93a. Quais opções seriam de maior ajuda no manejo das medicações do seu filho(a)? (marque todos que se aplicam)**

- 1. Lembretes ou notificações para administrar a medicação;
- 2. Ajuda com os custos da medicação
- 3. Acesso a renovação automática de receitas e ter medicação suficiente em casa
- 4. Auxílio em ajuste de dose da medicação
- 5. Outro (Por favor especifique)
- 6. Nenhuma das acima

## **PREOCUPAÇÕES E COMENTÁRIOS ADICIONAIS**

**Por favor, descreva quaisquer outras coisas que preocupam você em relação ao impacto do Coronavírus/COVID-19 no seu filho(a).**

[CAIXA DE TEXTO]

**Por favor, faça qualquer comentário que você queira fazer sobre esse questionário e/ou assuntos relacionados.**

[CAIXA DE TEXTO]