



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

“TENTAR JÁ É BASTANTE COISA”
ABORDAGEM DE ORIENTAÇÃO COGNITIVA PARA O
DESEMPENHO OCUPACIONAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: UM ESTUDO DE CASO

Luiza Lacerda de Oliveira Cassali de Azevedo

JOÃO PESSOA

2023

LUIZA LACERDA DE OLIVEIRA CASSALI DE AZEVEDO

“TENTAR JÁ É BASTANTE COISA”

**ABORDAGEM DE ORIENTAÇÃO COGNITIVA PARA O
DESEMPENHO OCUPACIONAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito
para a Conclusão do Curso de Bacharelado em Terapia
Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba.

Orientadora: Dr.^a Marília Meyer Bregalda

Co-orientadora: Dr.^a Clarice Ribeiro Soares Araújo

JOÃO PESSOA

2023

LUIZA LACERDA DE OLIVEIRA CASSALI DE AZEVEDO

“TENTAR JÁ É BASTANTE COISA”

**ABORDAGEM DE ORIENTAÇÃO COGNITIVA PARA O
DESEMPENHO OCUPACIONAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: UM ESTUDO DE CASO**

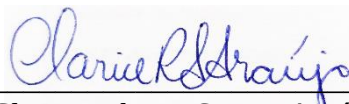
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a Conclusão do Curso de Bacharelado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, apreciado pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovado em: 01/06/2023

COMISSÃO EXAMINADORA



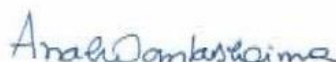
Marília Meyer Bregalda
Professora Orientadora
Universidade Federal da Paraíba



Clarice Ribeiro Soares Araújo
Co-Orientadora
McGill University - Canadá



Joana Rostirolla Batista de Souza
Membro da banca
Universidade Federal da Paraíba



Ana Carollyne Dantas de Lima
Membro da banca
Universidade Federal da Paraíba

Dedico à Tatiana, minha eterna inspiração, minha tia/mãe. Em vida, você me incentivou, cuidou e me amou incansavelmente. Você dizia: “Minha T.O.”. Hoje finalizo por nós. Dedico também a todos os envolvidos nesse processo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me fortalecer durante minha jornada.

Aos meus pais, não tenho palavras para descrever tamanho suporte, amor e presença em minha vida. Obrigada pela dedicação e pelos ensinamentos. Amo vocês!

Às minhas irmãs, meu vôzinho, aos meus amados bichinhos, Luzia, Dani, Mileide, Conceição e toda minha família/amigos/vizinhos por sempre me apoiarem e estarem comigo nesse processo. Foi essencial poder contar com vocês.

Ao meu noivo, por ser meu companheiro de todas as horas, pela compreensão, amor e por ser meu porto seguro. Gratidão eterna a você e a sua família, estão no meu coração!

A minha orientadora, Clarice, incansável, que sempre com muito carinho e paciência me inspirou a ser cada vez mais dedicada e sonhadora. Não vou esquecer dos inúmeros conselhos, do “vamos vencer”, dos puxões de orelha “sem surtar” e o mais importante, de olhar com carinho e responsabilidade para o outro. Sentirei saudades dos encontros frequentes, gratidão!

Agradeço a Nadja por sua delicadeza, pelos cafezinhos, livros emprestados, por todo o aprendizado, por sempre ser tão atenciosa e prestativa comigo.

Agradeço a Carollyne, Joana, Marília por disponibilizarem seu tempo e aceitarem participar desse momento tão importante. Aqui deixo minha gratidão e admiração por vocês.

Agradeço a minhas queridas amigas, Camilla, Rebecca e Mariane pelo apoio durante minha graduação.

Agradeço a minha dupla e companheira, Natália, que esteve presente em todos os momentos durante minha jornada, momentos felizes e tristes, lanches durante o dia e madrugadas em claro estudando, e pela participação essencial neste trabalho. Obrigada!

Agradecimento especial ao Labirinto e todos os envolvidos neste percurso, incluindo Cláudia, por todo o aprendizado, e ao querido Sandro que toda semana escutava um “Sandro, você está ocupado agora? Pode me ajudar?” e sempre estava pronto para nos ajudar.

Agradeço aos meus pacientes e preceptoras, Rayssa e Ludmylla, peças fundamentais para minha formação.

Agradeço a B, S e G, pessoas especiais que compartilharam suas vidas comigo e tornaram este estudo possível.

Por último, mas não menos importante, agradeço a André (Dé), Marina (Maina), Matteo (Tetteo), Lucas (Tinpipe), Maria Clara (Tchutchuquinha), Isabela (godinha), Marcos (Quinho), Leticia (Lelê), Fábio Luís (Fabinho), crianças que estão presentes em minha vida, que eu amo e que me deixam mais apaixonada pela infância a cada dia, riso e descoberta que fazem.

“Acredito que, de alguma forma, as sessões impactaram no meu comportamento também, no sentido de entender o tempo de G e que tentar já é bastante coisa. Não dá para querer que ele faça do jeito que eu considero certo. Acertar leva tempo e treino e, apesar de saber disso, a pressa do dia a dia nos tira dessa lógica e vocês me fizeram lembrar”.

B, mãe de G.

PREÂMBULO

No ano de 2018, iniciei meu percurso no Curso de Terapia Ocupacional, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Sempre tive interesse pelo desenvolvimento infantil, mas foi no segundo semestre de 2018, após cursar a disciplina de Desenvolvimento Humano e Ocupação I, ministrada pela Professora Doutora Clarice Ribeiro Soares Araújo, que decidi investir meus estudos na área. Já motivada, em 2019, comecei minha jornada em projetos de extensão e, posteriormente, em 2020, em projetos de iniciação científica, concentrando meus estudos e investimentos em cursos, palestras e eventos na área de desenvolvimento infantil e transtornos do desenvolvimento.

Inicialmente participei de dois projetos na área da educação e prevenção em saúde, do Departamento de Fisiologia e Patologia do CSS, na UFPB, onde tive o meu primeiro contato com crianças e adolescentes e tive a oportunidade de discutir e ministrar aulas sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física, nessa fase do desenvolvimento, como estratégia de prevenção em saúde. Além disso, participei de um projeto de intervenção precoce para crianças com autismo, um projeto do Departamento de Medicina Interna do Centro de Ciências Médicas (CCM) na UFPB. Foi nesse projeto que tive meu primeiro encontro, enquanto aluna, com uma criança com autismo. No projeto, tive a oportunidade de estar inserida na rotina e no lar de uma criança, onde realizava atividades de estimulação precoce e de socialização. Ainda no ano de 2019, tive a oportunidade de entrar no grupo de estudos do Labirinto (Laboratório de Investigação e Recursos para a Infância e Adolescência na Terapia Ocupacional), criado em outubro de 2019, que conta com a colaboração de três docentes e uma terapeuta ocupacional da Clínica Escola, localizada no Departamento de Terapia Ocupacional da UFPB. A partir da primeira seleção para compor o grupo, me interessei pela proposta e comecei a fazer parte do grupo.

O Labirinto tem como objetivo proporcionar aos estudantes a oportunidade de se aprofundar em temas gerais relacionados ao desenvolvimento humano, com ênfase na infância e na adolescência, e temas específicos, como abordagens, métodos e técnicas em terapia ocupacional, adotados e/ou desenvolvidos com essas populações com foco na área funcional. Outro objetivo do laboratório é colocar o estudante como protagonista na criação de projetos coletivos de pesquisa e extensão, baseados na literatura e nas necessidades encontradas na Clínica Escola, que tenham viabilidade para implementação e execução na universidade, e que possam contribuir com a comunidade em geral. Em conjunto com meus colegas, também integrantes do grupo, construímos propostas de projetos de extensão e fomos contemplados

com a aprovação deles, sendo que fui bolsista de um deles. O projeto de extensão universitária “Labirinto: Terapia Ocupacional para Crianças e Adolescentes”, também vinculado ao laboratório, foi iniciado. A extensão universitária teve como objetivo prestar atendimento de terapia ocupacional para crianças e adolescentes com atrasos no desenvolvimento, transtornos e deficiências, além de suprir as demandas da população que busca o serviço da Clínica Escola de Terapia Ocupacional. O envolvimento no desenvolvimento desses projetos contribuiu para minha formação de maneira integral, aliada ao ensino e à pesquisa.

A Clínica Escola de Terapia Ocupacional da UFPB se configura como espaço de experimentação e vivência de atividades de ensino como estágios e disciplinas teórico-práticas, atividades de pesquisa e extensão. Com suas atividades, vinculadas a esse serviço, o Labirinto tem como objetivo investigar recursos e evidências científicas das principais abordagens utilizadas com esse público, bem como o desenvolvimento de projetos de pesquisa, extensões universitárias e cursos. A extensão do Labirinto atende crianças que estão em lista de espera da clínica escola, um esforço para diminuir esta lista e atender as demandas da comunidade.

Também no ano de 2020 foi iniciada uma investigação sobre os efeitos do uso de jogos ativos no desempenho ocupacional e motor de crianças com Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC), por meio de um projeto de Iniciação Científica (IC) realizado no Departamento de Terapia Ocupacional da UFPB e vinculado ao Labirinto. Essa pesquisa tinha como objetivo analisar e comparar os efeitos da intervenção de terapia ocupacional baseada nos jogos ativos, com e sem auxílio de estratégias cognitivas, no desempenho ocupacional e motor de crianças de três a doze anos de idade com suspeita ou diagnóstico de TDC.

No entanto, devido às medidas de restrição e cuidado colocadas pela pandemia da COVID-19, a partir de março de 2020, a pesquisa foi impactada e mudanças foram realizadas no cronograma para dar continuidade a ela. Dessa forma, foram realizados encontros virtuais, estudos individuais e coletivos, discussão e elaboração de novas ferramentas para garantir o andamento da pesquisa, como por exemplo o desenvolvimento do protocolo de biossegurança, reformatação do projeto para adequar as atividades do plano de trabalho ao novo cenário, desenvolvimento de um protocolo de estudo com foco na produção de artigos, realização de uma adequação dos instrumentos de avaliação, e, por fim, alteração no processo de recrutamento das crianças para o formato on-line.

Durante a pandemia, desenvolvemos o *Instagram* do Labirinto, uma rede social, que tinha como objetivo a disseminação de conteúdo relevante sobre o desenvolvimento infantil, embasados na literatura científica, instrumentos de avaliação e de triagem na infância, divulgação das atividades do Labirinto, propostas de atividades para realizar em casa com as

crianças, entre outros. Durante esse período, fui convidada pela Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) para atuar como tutora em um curso de produção e divulgação de conteúdos para os projetos de extensão e auxiliar outros alunos de extensão universitária na construção de cronogramas e organogramas para utilização e organização de redes sociais. Ainda nesse período, participei do curso de Iniciação a Pesquisa Científica (IPQC), onde pude construir o meu primeiro projeto de pesquisa que reforçou o meu desejo de continuar pesquisando.

No ano de 2021, iniciei minha jornada na iniciação científica com as alunas E. Luana e N. de Vasconcelos. Escrevemos um artigo de revisão de literatura, que está publicado em uma revista de circulação internacional e indexada em importantes bases de dados da América Latina. Além disso, participei do projeto de monitoria da disciplina de Avaliação em Terapia Ocupacional, que, além de me aproximar mais do processo de avaliação do indivíduo, me proporcionou um amadurecimento com relação a profissão de docente e os processos envolvidos, despertando interesse na carreira acadêmica. Ainda nesse ano, participei de um projeto de abrangência internacional, sobre estimulação do desenvolvimento infantil com educadores e agentes sociais das cidades de Beira e Dondo em Moçambique, do Departamento de Terapia Ocupacional em parceria com a Organização Não Governamental Associação de Solidariedade Internacional (Essor). Este projeto teve grande importância para meu crescimento pessoal e acadêmico, visto que tive a oportunidade de estar em contato direto, de maneira *on-line*, com os agentes sociais para sensibilizar sobre a importância da primeira infância, da vigilância e da estimulação do desenvolvimento infantil. Além disso, tive a oportunidade, em conjunto com meus colegas, de capacitar os participantes para realizar avaliação, vigilância e execução de técnicas e abordagens de estimulação no desenvolvimento infantil que podem ser executadas pelas educadoras e pelos familiares das crianças.

Já em 2022, começo a compreender um pouco mais sobre o processo de financiamento em pesquisa, pois nosso projeto recebeu recurso da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ). Esse recurso permitiu a aquisição de novas ferramentas para o Labirinto, resultando a realização da capacitação, nesses recursos, de estudantes e terapeutas ocupacionais da rede de saúde da Paraíba, incluindo as preceptoras dos estágios do Curso de Terapia Ocupacional, como atividade do projeto de IC. Além das atividades de pesquisa, como já me encontrava em estágio, percebi que poderia colaborar com meus colegas de períodos mais iniciais nos atendimentos do novo projeto de extensão do Labirinto. As atividades de extensão e pesquisa eram integradas e, nelas, eu, como aluna de iniciação científica, fornecia suporte para os extensionistas, participava das discussões de caso e do grupo de estudos.

Durante os atendimentos, em 2022, a criança “G” e sua responsável foram identificadas como potenciais participantes para a pesquisa que estava em andamento, pois mesmo não apresentando problemas de coordenação motora, G apresentava interesse em aprender outras atividades importantes para ele. No entanto, a responsável afirmou que a criança possui diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) nível de suporte 1, não se encaixando no critério de elegibilidade da pesquisa. A amostra da pesquisa deveria incluir: crianças e adolescentes; possuir diagnóstico de TDC; utilizar jogos ativos/realidade virtual na intervenção.

Além de G, outras crianças com características semelhantes haviam chegado ao projeto, mas com a delimitação dos critérios de elegibilidade da pesquisa elas não eram incluídas. Esse fato despertou o interesse da aluna de iniciação científica e da orientadora para pesquisar mais sobre essa população. Dessa forma, foi estudada a possibilidade de modificar o projeto para incluir na pesquisa crianças com TEA nível de suporte 1. Um adendo ao comitê de ética foi elaborado para abarcar essa demanda que era apresentada pela comunidade em geral e pelas crianças na lista de espera da Clínica Escola de Terapia Ocupacional.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo explorar o uso da Abordagem de Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional (CO-OP) com uma criança com TEA.

RESUMO

Introdução: Esta é uma análise sobre adaptações da Abordagem de Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional (CO-OP) para uma criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) atendida na Clínica Escola de Terapia Ocupacional de uma universidade pública, a partir de avaliações, observações da pesquisadora e comentários da família e da criança. **Objetivo:** Explorar o uso da CO-OP com uma criança brasileira com TEA. **Método:** Participou deste estudo uma criança de 7 anos, que apresentava queixas de desempenho ocupacional em casa e na escola. Para avaliação da criança foram utilizados o Questionário Brasileiro de Coordenação Motora (DCDQ-Brasil), *Movement Assessment Battery for Children-2* (MABC-2) e *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM). O protocolo da CO-OP foi adaptado e a intervenção consistiu em 12 sessões de 60 minutos, sendo cinco de CO-OP, duas vezes por semana. **Resultados e Discussão:** A criança apresentou evolução em quatro das cinco atividades escolhidas, demonstrando que em um curto período de tempo o participante apresentou resultados positivos. **Conclusão:** Os resultados são consistentes com os encontrados na literatura estrangeira e apresentam descobertas que apoiam a abordagem como eficaz, pois contribuiu na melhora do desempenho ocupacional da criança. Além disso, reforça o uso de adaptações para atender as especificidades de cada família.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Transtornos do neurodesenvolvimento. Transtorno do Espectro Autista. Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções.

ABSTRACT

Introduction: This is an analysis of adaptations of the Cognitive Orientation Approach to Occupational Performance (CO-OP) for a child with Autism Spectrum Disorder (ASD) treated at the School of Occupational Therapy Clinic of a public university, based on evaluations, observations by the researcher and comments by the family and the child. **Objective:** To explore the use of CO-OP with a Brazilian child with ASD. **Method:** A 7-year-old child who complained of occupational performance at home and at school participated in this study. The Brazilian Motor Coordination Questionnaire (DCDQ-Brasil), the Movement Assessment Battery for Children-2 (MABC-2) and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) were used to assess the child. The CO-OP protocol was adapted and the intervention consisted of 12 sessions of 60 minutes, 5 of which were CO-OP, twice a week. **Result and Discussion:** The child showed improvement in four of the five chosen activities, demonstrating that in a short period of time the participant showed positive results. **Conclusion:** The results are consistent with those found in the foreign literature and present discoveries that support the approach as effective, as it contributed to the improvement of the child's occupational performance. In addition, it reinforces the use of adaptations to meet the specificities of each family.

Keywords: Occupational Therapy Neurodevelopmental Disorders. Autism Spectrum Disorder. Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MÉTODO	19
2.1	Desenho	19
2.2	Critérios de elegibilidade	20
2.3	Contextualização	20
2.4	Instrumentos	21
2.5	Intervenção	22
2.6	Procedimentos e Participante	22
3	RESULTADOS	24
4	DISCUSSÃO	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos do neurodesenvolvimento são classificados como conjuntos de condições que ocorrem no início do período do desenvolvimento humano e se manifestam cedo, geralmente antes da criança ingressar na escola (APA, 2014). São caracterizados por déficits no desenvolvimento que levam a prejuízos nos aspectos pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits podem variar desde limitações no controle de funções executivas até prejuízos globais nas habilidades sociais (APA, 2014). Além disso, é comum a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento, como por exemplo, um indivíduo com Transtorno do Espectro Autista (TEA) podendo apresentar, também, um transtorno específico de aprendizagem (APA, 2014), o que torna a definição do (s) diagnóstico (s) ainda mais desafiadora para os profissionais (Hus & Segal, 2021).

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Saúde Mental (DSM V – APA, 2014), o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades na comunicação e interação social, presença de padrões de comportamento restritos, repetitivos e disruptivos/desafiadores. Esses sintomas estão presentes já na infância e podem prejudicar e limitar o desenvolvimento e as atividades do dia a dia do indivíduo (APA, 2014). Crianças com TEA podem ter dificuldades para realizar atividades em casa, na escola e em ambientes sociais, bem como dificuldades para se relacionar com outras crianças (Araújo & Agostini, 2021; Rodger & Vishram, 2010).

O DSM V caracteriza o TEA em níveis que variam de acordo com as necessidades de suporte da criança, podendo oscilar com o tempo ou o contexto. O Nível 1 (leve ou “exigindo apoio”) caracteriza um indivíduo que necessita de pouco apoio para interagir ou planejar atividades. No Nível 2 (moderado ou “exigindo apoio substancial”), o indivíduo apresenta déficits mais agravados, mesmo na presença de apoio substancial. Por fim, o nível 3 (severo ou “exigindo apoio muito substancial”) é considerado o mais grave devido à maior manifestação dos sintomas, apresentando prejuízos graves nas funções que a pessoa precisa ou deseja exercer e exigindo muito apoio substancial (Quadro 1). No entanto, estes especificadores de gravidade não devem ser usados para estabelecer um prognóstico, pois são utilizados para descrever os sintomas do quadro e não para determinar qualquer possibilidade de futuro (APA, 2014).

Quadro 1. Níveis de gravidade para TEA.

Nível de gravidade	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 1 “Exigindo apoio”	Déficits na comunicação social apresentam prejuízos notáveis na ausência de apoio. Dificuldade para iniciar interação social. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais.	Dificuldade em trocar de atividade. Problemas de planejamento e organização. Inflexibilidade de comportamento pode causar uma interferência no funcionamento de um ou mais contextos.
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves em habilidades de comunicação social verbal e não verbal. Prejuízos aparentes mesmo na presença de apoio. Limitação para iniciar interações sociais. Presença de resposta reduzida ou atípica a aberturas sociais.	Inflexibilidade do comportamento. Dificuldade para lidar com mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos. Dificuldade e/ou sofrimento para mudar o foco ou as ações.
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits mais graves em habilidades de comunicação verbal e não verbal que causam prejuízos graves de funcionamento. Grande limitação para dar início a interações sociais e apresentam resposta mínima a aberturas sociais.	Inflexibilidade de comportamento. Dificuldade extrema em lidar com mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos que interferem no funcionamento em todas as esferas. Apresenta grande dificuldade/sofrimento para mudar o foco ou as ações.

Fonte: Adaptado do DSM-V.

É importante destacar que muitas pessoas que são diagnosticadas com TEA preferem usar o termo “autista” para se descreverem, o que significa usar uma linguagem conhecida por “*identity-first language*” (linguagem com a identidade primeiro). Pessoas autistas que advogam por esta linguagem, notadamente adultos autistas, consideram o autismo como parte de sua identidade e não uma condição a ser tratada, de acordo com pesquisas com população estrangeira (Buijsman et al., 2023; Bury et al., 2020). Por muito tempo as pessoas usaram o termo “pessoa com autismo”, conhecido como “*person-first language*” (por exemplo, “Eu estou no espectro”) e também muitas pessoas ainda preferem assim. Nesta forma de referência, a ênfase é dada à pessoa, ao indivíduo, e sua condição de autista vem como um apêndice. Esta forma é muito empregada por familiares e por profissionais que lidam com o autismo. Assim, é importante notar que todas as vezes que as duas expressões, “pessoa autista” (ou “autista”) e “pessoa com autismo”, aparecerem em traduções, a escolha de uma ou de outra provavelmente não terá sido aleatória. Em dúvida, é aconselhável perguntar à pessoa qual termo ela prefere. A linguagem e a cultura podem impactar a preferência por um ou ambos os termos e, mais pesquisas são necessárias em países culturalmente diferentes para compreender as perspectivas (Buijsman et al., 2023). No presente trabalho vamos utilizar o termo pessoa com autismo ou criança com autismo.

Araújo & Agostini (2021) explicam que crianças e adolescentes com autismo podem apresentar dificuldades em aspectos do autocuidado, compreensão de expectativas sociais, comunicação, aprendizagem e dificuldades sensoriais e comportamentais. Esses indivíduos, quando desejam e precisam alcançar essas habilidades, necessitam de maior assistência e suporte, na maioria das vezes de familiares, para a realização dessas atividades (Emily & Grace, 2015). O Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2007) apresenta três componentes: pessoa, ambiente e ocupação. O desempenho ocupacional, segundo Townsend & Polatajko (2007), é classificado como um resultado da interação entre esses três componentes. As “Ocupações”, que são exercidas no cotidiano pela pessoa em seu ambiente, são distribuídas em três domínios: autocuidado, produtividade e lazer. Atividades como higiene, vestuário, brincar, escola, recreação e socialização são exemplos de atividades desses domínios.

Existem diferentes abordagens que podem beneficiar a pessoa com autismo que apresenta dificuldade na realização de atividades cotidianas (Hume et al., 2021). O tratamento é multidisciplinar e o terapeuta ocupacional é um dos profissionais aptos para atuar em diversos contextos com o objetivo de promover e facilitar o desempenho ocupacional, melhorar a

qualidade de vida e a autonomia na tomada de decisões sobre sua vida. A terapia ocupacional também pode auxiliar no diagnóstico e deve elaborar intervenções focadas nas especificidades de cada um, compartilhando a definição de objetivos com o indivíduo e a família (Mapurunga et al., 2021).

As abordagens atuais de intervenção com crianças com autismo apresentam muitos desafios, como: dificuldade com a generalização e transferência para fora do ambiente clínico, intensidade das intervenções, ou seja, a quantidade de horas de intervenção, e a escassez de evidências mais robustas na literatura científica (Dawson et al., 2017). Na terapia ocupacional, a abordagem de Integração Sensorial é a mais utilizada na intervenção para crianças com autismo. No entanto, o foco dessa abordagem está principalmente nos problemas sensoriais, na expectativa de que tratando problemas de base sensorial se alcance melhores resultados em relação ao desempenho nas ocupações e aumento da participação em contextos de vida real (Dawson et al., 2017). Entretanto, as dificuldades enfrentadas podem não ter somente base sensorial, mas comportamental ou mesmo de aprendizagem. Neste sentido, uma intervenção altamente individualizada é essencial, levando em consideração os objetivos da família e da criança (Klin & Volkmar, 2000).

Uma revisão sistemática sobre os efeitos da terapia ocupacional pediátrica para crianças com deficiência demonstrou que as abordagens centradas nas atividades/ocupações e participação (também conhecidas como “top-down ou de cima para baixo”) têm evidências mais robustas de eficácia (Novak & Honan, 2019). No entanto, essas abordagens não são a escolha mais frequente de terapeutas ocupacionais (Araújo & Agostini, 2021). Contudo, segundo Rodger et al. (2009), tem havido um aumento crescente na terapia ocupacional, com relação ao uso de abordagens baseadas na cognição para melhorar a realização de metas pelas crianças com autismo.

A abordagem “Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional” (do termo original em inglês *Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance* ou CO-OP) foi desenvolvida por Mandich & Polatajko (2004), terapeutas ocupacionais canadenses, e tem como foco a facilitação do desempenho ocupacional, a generalização e a transferência do aprendizado em terapia para contextos de vida real. O termo CO-OP remete à colaboração terapeuta/criança no uso de estratégias cognitivas que facilitam o desempenho ocupacional e o aprendizado através de um processo chamado descoberta guiada (Mandich & Polatajko, 2004).

Durante o processo, centrado na criança, o terapeuta apresenta as estratégias globais: Meta, Plano, Faz, Checa; e orienta a descoberta de Estratégia Específicas de Domínio para a

aquisição de novas habilidades (Mandich & Polatajko, 2004). A terapeuta guia a criança elaborando perguntas e analisando os problemas no desempenho junto com a criança para que possam descobrir soluções (planos) possíveis que funcionam para ela, promovendo a participação e facilitando a execução da atividade (Araújo, 2010). A participação dos responsáveis é fundamental, pois a partir desse suporte a criança pode generalizar o uso das estratégias globais para outras tarefas, em diferentes contextos (transferência) (Mandich & Polatajko, 2004).

Originalmente, a CO-OP foi desenvolvida como abordagem de terapia para crianças com Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC), mas já existem na literatura internacional artigos que demonstram a efetividade do seu uso com crianças com autismo (Rodger et al., 2009; Rodger & Vishram, 2010; Rodger et al., 2007; Rodger & Brandenburg, 2009). Além disso, a CO-OP tem aspectos que tornam seu uso relevante com estas crianças, como o uso de estratégias globais, o foco na generalização e transferência de habilidades ou estratégias adquiridas, uso da repetição, e o envolvimento da criança no processo de resolução de problemas (Dawson et al., 2017).

Por ser uma intervenção individualizada, a CO-OP pode ser adaptada. De acordo com a literatura, quando adaptações foram realizadas, as principais características da abordagem foram mantidas (Dawson et al., 2017). As adaptações podem incluir: uso de materiais concretos (uso de listas, mapas conceituais, etc.) (Rodger & Brandenburg, 2009; Rodger et al., 2009), co-construção (profissional e criança envolvidos juntos) (Rodger & Vishram, 2010), ajustes para a literalidade (uso de imagens visuais concretas, evitando metáforas e conceitos abstratos), compreensão do contexto (Rodger & Vishram, 2010), mudanças na duração ou alteração do formato da sessão (sessões mais curtas) e uso de estratégias específicas de domínio mais adequadas ao perfil da criança com autismo (Rodger & Vishram, 2010), como por exemplo suportes motivacionais para auxiliar na realização das atividades (Dawson et al., 2017).

Dawson et al. (2017) relata como a CO-OP pode ser adaptada para ser utilizada por terapeutas ocupacionais para crianças com autismo, se elas tiverem boas habilidades cognitivas, de linguagem e comunicação. Além disso, reforça a necessidade de terapeutas ocupacionais compreenderem sobre a variedade de condições que o TEA pode apresentar. Isso exige que os profissionais utilizem seus conhecimentos e raciocínio profissional para atender as especificidades, desafios, necessidades, e propor uma intervenção mais direcionada (Dawson et al., 2017).

Os estudos de Rodger & Brandenburg (2009) e Rodger et al. (2009) forneceram dados preliminares que apoiavam a efetividade da CO-OP com crianças com Síndrome de Asperger que apresentavam dificuldades motoras. Além disso, melhorias na comunicação e socialização foram identificadas, mesmo esse não sendo o objetivo da intervenção. Esses resultados demonstraram que as crianças foram capazes de engajar com sucesso na abordagem CO-OP e atingir metas de desempenho ocupacional que foram elencadas por elas por meio da *Canadian Occupational Performance Measure* (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM) (LAW et al., 2009) (Rodger & Brandenburg, 2009).

Rodger et al. (2007), dando continuidade aos estudos mencionados anteriormente, investigaram se as mesmas duas crianças conseguiriam transferir as estratégias adquiridas para outros contextos e situações. Ao analisar o diário detalhado da responsável, os autores identificaram que a CO-OP permitiu a generalização e a transferência de estratégias adquiridas e a aquisição de novas habilidades (Rodger et al., 2009; Rodger et al., 2007; Rodger & Brandenburg, 2009). Além disso, as crianças apresentaram mais motivação, confiança e persistência nas atividades durante e após as sessões de intervenção, permitindo a experimentação de novas atividades e aceitando novos desafios (Rodger et al., 2009; Rodger et al., 2007; Rodger & Brandenburg, 2009).

A CO-OP também teve impacto positivo na sensibilidade sensorial, na rotina e na ansiedade dos participantes. As crianças apresentaram diminuição dos níveis de ansiedade, engajamento de forma independente em novas atividades e identificação da necessidade de rotina e organização para melhorar o seu desempenho. Uma criança identificou que ficava menos consistente na utilização de estratégias e mais estressada com a mudança de rotina, levando a criança a manter o quarto organizado e limpo para melhorar o seu desempenho nas atividades (Rodger et al., 2007). Além disso, foi notada uma mudança no comportamento da responsável, que passou a adaptar atividades, identificar barreiras e participar do processo de descoberta de suas crianças. Esses apontamentos, encontrados no diário da responsável, foram novamente verificados por meio de uma conversa com a mãe, meses após a realização da intervenção, para interpretar melhor as descobertas (Rodger et al., 2007).

Outro aspecto importante, abordado por Rodger et al. (2007), foi a elaboração de planos por uma criança para controlar comportamentos difíceis do seu irmão mais velho. Após desenvolver uma maneira de administrar a situação, mesmo sem a mudança de comportamento do irmão, isso já não era considerado mais um problema para a criança, pois após a terapia, essas situações passaram a não atrapalhar o seu desempenho nas atividades cotidianas. Isso

também foi discutido por Rodger & Vishram (2010), em um estudo de caso com duas crianças de dez e doze anos, no qual uma das crianças desenvolveu estratégias para lidar com situações de estresse, reconhecer seus limites e identificar a necessidade de utilizar estratégias calmantes em determinadas situações.

Rodger & Vishram (2010) ainda relatam em seu estudo sobre a atenção limitada de uma das crianças e como isso afetou sua capacidade em se envolver nas discussões com a terapeuta. Durante as sessões a terapeuta precisou utilizar maior porcentagem de tempo para redirecioná-lo à atividade e para conversar sobre as tarefas. Enquanto a outra criança do estudo, com o passar do tempo, conseguiu apresentar conversas mais abertas com a terapeuta, apresentando relatos sobre suas reações a diferentes situações que ocorreram durante as semanas (Rodger & Vishram, 2010). Um estudo de Taylor et al. (2007) relata modificações na CO-OP para crianças mais novas, que podem ser úteis para crianças com autismo, especialmente se apresentarem dificuldades de concentração.

Até o momento, não há nenhum estudo brasileiro que explore o uso da CO-OP com indivíduos com autismo e mais estudos são necessários. Portanto, visando contribuir com a literatura nesta área e explorar uma abordagem que já se apresenta viável para uso no Brasil com crianças com TDC com dificuldades para realizar atividades que têm significado para elas (Araújo, Cardoso; Magalhaes, 2019, Araújo et al., 2021), e, visto que outros estudos estrangeiros já reportaram benefícios da abordagem com crianças com autismo, o presente trabalho apresentará um estudo de caso com uma criança com autismo com objetivo de descrever os efeitos da CO-OP e explorar adaptações da abordagem para atender às especificidades desta criança e de sua família.

2 MÉTODO

2.1 Desenho

Optou-se por utilizar o estudo de caso como método, pois este é o primeiro trabalho brasileiro a apresentar o uso da abordagem da CO-OP com uma criança com autismo. Segundo Ottenbacher (1986), um estudo de caso de desenho descritivo reporta informações detalhadas dos participantes e da intervenção, podendo sinalizar boas estratégias que foram utilizadas no tratamento de indivíduos ou grupos de pacientes com uma determinada condição de saúde.

Yin (1984) também aborda que um estudo de caso geralmente é utilizado quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos. Além disso, ele descreve situações nas quais um estudo de caso é indicado, são elas: quando o caso é elegível para testar uma

hipótese ou teoria previamente explicitada; o fato de ser extremo e único; e o caráter revelador, no qual o pesquisador tem acesso a uma situação ou fenômeno até então inacessível à investigação científica.

2.2 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão na pesquisa eram: (1) crianças entre 3 a 12 anos de idade, com queixas de problemas motores e/ou desempenho ocupacional, (2) escore abaixo do esperado para a idade em teste padronizado de coordenação motora, (3) desempenho nas atividades de vida diária (AVD), que exigem coordenação motora, abaixo do esperado para a idade cronológica da criança, considerando as oportunidades de aprendizado (4) crianças matriculadas no ensino regular e sem evidências de atraso acentuado (mais de um ano) em relação aos colegas, (5) desenvolvimento cognitivo dentro do esperado para a idade cronológica.

Os critérios de exclusão: não apresentar condições psicológicas e/ou cognitivas para responder aos questionários e testes; apresentar dificuldade na fala; manifestar algum desconforto ou insatisfação durante ou após a realização das entrevistas.

2.3 Contextualização

O trabalho foi conduzido pelo grupo Labirinto (Laboratório de Investigação e Recursos para a Infância e Adolescência na Terapia Ocupacional) que foi criado em 2019 a partir da colaboração de três docentes e da terapeuta ocupacional da Clínica Escola de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o objetivo de investigar recursos e evidências científicas das principais abordagens utilizadas com crianças, adolescentes e suas famílias, por meio do desenvolvimento de projetos de pesquisa, extensões universitárias e cursos de capacitação. Os projetos do Labirinto acontecem na Clínica Escola, local que se configura como espaço de experimentação e vivência de atividades de ensino, pesquisa e extensão, onde a criança e sua família foram atendidas.

Neste sentido, o projeto de extensão “Labirinto Atende” surgiu como possibilidade de atender crianças que se encontravam há algum tempo na lista de espera da clínica escola, num esforço para diminuir o número de pessoas que aguardavam atendimento há mais de dois anos, atendendo as demandas da comunidade. Colaboraram neste projeto de extensão uma docente coordenadora (A. Dantas), a docente (C. Araújo) terapeuta ocupacional responsável pelos atendimentos das crianças em conjunto com a terapeuta ocupacional da clínica (N. Barbosa).

Ambas atuavam também na supervisão direta dos extensionistas envolvidos com os atendimentos que aconteciam uma vez por semana, todas as sextas-feiras nos períodos da manhã e da tarde.

Além deste projeto de extensão, um projeto de pesquisa do grupo Labirinto estava em fase de recrutamento de participantes, cujos critérios de elegibilidade foram descritos na subseção acima. Em relação às questões éticas, todos os procedimentos referentes a esta pesquisa foram realizados após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (Protocolo CAAE 31304420.3.0000.5188 Parecer 4.040.770 de 21 de maio de 2020, com emenda aprovada em 12 de dezembro de 2022), cumprindo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

2.4 Instrumentos

Ao primeiro contato, a terapeuta ocupacional responsável utilizou a entrevista aberta para o acolhimento da família. A entrevista aberta é utilizada quando se deseja obter o maior número possível de informações e maior detalhamento para compreensão da realidade da família, crenças, valores e significados que trazem para o encontro terapêutico. Para esta etapa foi utilizado o procedimento padrão da Clínica Escola, um questionário específico de admissão para acompanhamento e coleta de informações como: nome completo, data de nascimento, escolaridade, informações do responsável, situação de saúde no momento da admissão (diagnóstico, uso de medicamentos, tratamentos, motivo do encaminhamento).

Para análise dos critérios de elegibilidade para a pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Questionário Brasileiro de Coordenação Motora (DCDQ-Brasil) (Prado et al., 2009) de fácil aplicação, com 15 itens, que tem como objetivo específico a triagem do TDC. A pontuação é realizada por meio de uma escala, de 5 pontos, sendo o escore 1, “muito pior do que outras crianças da mesma idade”, e o escore 5, “igual ou melhor do que crianças da mesma idade”. A pontuação máxima do teste é de 75. O ponto de corte para identificar se o indivíduo possui indicativo de problemas de coordenação motora que podem ser considerados como TDC é uma pontuação ≤ 55 (para idade de 8 anos a 9 anos e 11 meses) e ≤ 57 (para a idade de 10 anos a 15 anos e 6 meses). Indivíduos com pontuação acima desses valores são considerados como apresentando desempenho motor típico para a idade.

- O Movement Assessment Battery for Children-2 (MABC-2) (Henderson et al., 2007), também é um teste para identificação de TDC e é estruturado em oito tarefas nas áreas de destreza manual, mirar e pegar, e equilíbrio. O desempenho da criança é observado em cada tarefa de cada área. Quanto mais elevada for a pontuação da criança no teste, pior o seu desempenho. Um escore total no MABC abaixo do 5º percentil, significa uma presença definitiva de problemas motores.

Para definir as metas para terapia e analisar o desempenho ocupacional e a satisfação, foi utilizada a *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) (LAW et al., 2009), uma entrevista semiestruturada, para identificar se houve ou não uma mudança clínica relevante depois da intervenção. As escalas de desempenho e satisfação foram preenchidas pela criança e responsável. As metas são quantificadas em uma escala de 1 a 10, sendo 1 (insatisfeito) e 10 (totalmente satisfeito). Segundo Law et. al (2009), na COPM, uma mudança de dois pontos ou mais na pontuação média, em qualquer uma das escalas, é considerada clinicamente relevante.

2.5 Intervenção

O protocolo original da CO-OP conta com 12 sessões, sendo duas sessões de avaliação inicial e final e dez sessões de intervenção. Antes do início da terapia a criança é avaliada e elenca as atividades que deseja aprender. Na primeira sessão é realizada a avaliação do desempenho da criança nas tarefas, por meio de filmagens. Na segunda sessão é apresentada à criança a estratégia global: Meta (o que eu quero fazer); Plano (como vou fazer); Faz (execução do plano); Checa (verificar se o plano funcionou). Nas sessões seguintes (três a onze) a estratégia global é utilizada e o terapeuta guia a criança para descobrir estratégias específicas para cada tarefa escolhida. Na última sessão (doze) a criança é filmada novamente e é realizada a avaliação final do desempenho (Mandich & Polatajko, 2014).

2.6 Procedimentos e Participante

Uma criança (que chamaremos de G) foi identificada como potencial participante da pesquisa, a partir da sua entrada no projeto de extensão, o que se deu da maneira relatada a seguir.

Inicialmente a mãe da criança foi contatada por telefone para que fosse ofertada a vaga para acompanhamento na Clínica Escola via projeto de extensão Labirinto Atende, caso fosse

apontada a real necessidade, após triagem e avaliação inicial. Em seguida, a docente responsável pelo acompanhamento das crianças e também coordenadora do projeto de pesquisa do grupo, realizou a entrevista presencial com a mãe (que chamaremos de B), que aceitou ter a companhia de estudantes para contar suas histórias e a história de G.

Como a história da criança e da família apontavam para a necessidade de intervenção, na segunda sessão presencial, B foi convidada a continuar em avaliação com a criança e refletir sobre a possibilidade de participação no projeto de pesquisa, que lhe foi apresentado como possibilidade, caso a criança cumprisse os critérios de elegibilidade. Caso não se interessassem, foi-lhes assegurado que eles seriam acompanhados normalmente via projeto de extensão.

Diante da manifestação de interesse por parte da mãe e da criança, seguiu-se a avaliação de acordo com os critérios de elegibilidade para inclusão no estudo por meio de: (1) confirmação pela mãe e pela criança de que existiam dificuldades no desempenho ocupacional e desejo de melhorar; (2) aplicação do DCDQ-Brasil para analisar se dificuldades motoras estariam interferindo na realização das atividades diárias; (2) aplicação do MABC-2 para avaliar se a criança apresentava desempenho motor abaixo da expectativa para idade que estivesse comprometendo o desempenho ocupacional; (3) confirmação de ausência de dificuldades cognitivas a partir do relato da mãe sobre o desempenho da criança na escola.

Em seguida, a mãe assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a criança assinou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), bem como autorização para execução de fotos e filmagem.

A partir deste momento, a criança escolheu as atividades que tinha interesse em aprender (as metas da terapia), por meio da COPM, e quantificou a qualidade de seu desempenho e sua satisfação com o modo como desempenhava cada atividade naquele momento. Durante a entrevista com G, algumas adaptações na COPM foram realizadas para que a criança compreendesse melhor o processo de definição de metas. Foi utilizada uma adaptação na escala, para o uso com crianças mais novas (LAW et al., 2009; Araújo, 2010), sendo caras felizes (satisfação) e caras tristes (insatisfação), e também uma maior orientação verbal foi dada à criança para melhorar a compreensão da COPM. Além disto, esse processo também foi realizado com a responsável da criança.

Após a definição de metas, G foi filmado realizando algumas destas atividades para que fosse possível realizar a análise do desempenho pelas terapeutas, identificando exatamente onde estavam as dificuldades, para poder colaborar com a criança na busca de possíveis estratégias para melhorar o desempenho. Nas sessões seguintes, a criança foi guiada pela aluna

de iniciação científica, supervisionada diretamente pelas terapeutas ocupacionais (C. Araújo e N. Barbosa), por meio da estratégia global Meta-Plano-Faz-Checa, para descobrir estratégias específicas (planos) que pudessem resolver determinados problemas no desempenho das atividades escolhidas para desenvolver em terapia (metas). A criança aprende o significado das estratégias globais e é lembrada a todo momento sobre elas, já que a cada sessão elas são retomadas e a mãe é orientada a usar em casa (Mandich & Polatajko, 2004).

As sessões de intervenção tiveram duração de 60 minutos, duas vezes por semana. Ao final, foi realizada a reavaliação do desempenho da criança por meio das escalas de desempenho e satisfação da COPM com a criança e a responsável, conjuntamente. Após três meses, foi realizada uma entrevista informal, remotamente, por meio da ferramenta *Google-Meet*, para analisar como a família se encontrava após ter se mudado de cidade.

3 RESULTADOS

G um menino de 7 anos de idade, sua mãe B e sua irmã S participaram deste estudo. A família era residente em João Pessoa e estava na lista de espera da clínica escola há três anos, com a queixa de dificuldade em vestir-se, interagir e compartilhar o brincar com colegas. Na época do encaminhamento da criança para a terapia ocupacional, G, aos 4 anos de idade, era acompanhado pela clínica escola de fonoaudiologia, por verbalizar somente frases curtas, sendo que nesta fase do desenvolvimento, segundo Mancini (2005), a expectativa é de que a criança entenda sobre o tempo, descreva os próprios sentimentos e conte histórias simples. A mãe suspeitou de TEA e ao buscar respostas, procurou um primeiro médico neurologista, que realizou testes e descartou a possibilidade de TEA. Entretanto, G recebeu o diagnóstico de TEA apenas no mês de maio de 2022, já com 7 anos de idade, por meio de outro profissional médico de outra cidade. A mãe relatou dificuldades de G na realização de atividades cotidianas como amarrar o sapato e usar talheres. G tem muitas potencialidades: mostra-se independente, reconhece aquilo que sabe e o que não sabe fazer, o que deseja aprender, gosta de seguir rotinas, tem facilidade em aprender por meio de observação, além de ser organizado nas suas atividades do dia a dia.

A criança apresentou escore igual a 61 no DCDQ-Brasil, o que significa que provavelmente a coordenação motora de G não representa um problema com relação ao desempenho das ocupações. Os resultados referentes ao teste de desempenho motor (MABC-2) estão descritos na tabela 1. Como G atingiu percentil total igual a 63, significa que ele tem boas habilidades motoras em geral.

Tabela 1. Resultados dos domínios do MABC-2.

<i>Componentes</i>	<i>Escore do componente</i>	<i>Escore-padrão</i>	<i>Percentil</i>
<i>Destreza Manual</i>	23	7	16
<i>Mirar e Pegar</i>	24	13	84
<i>Equilíbrio</i>	36	14	91
<i>Escore Total do Teste</i>	83	11	63

Fonte: Elaborado pela autora.

Em seguida, G definiu metas e avaliou seu próprio desempenho e satisfação com a COPM. Conforme descrito no quadro 1, foram realizadas ao todo 12 sessões desde a avaliação inicial até a sessão de seguimento (após 3 meses), no período de setembro a dezembro de 2022. A família se encontrava em um contexto de mudança de estado, tendo disponibilidade de menos de um mês para realização da intervenção. Devido às faltas, feriados e intercorrências, foi solicitado, se possível, que a criança comparecesse ao serviço dois dias na semana, para viabilizar o processo de intervenção dentro das possibilidades da família.

Quadro1. Etapas do processo terapêutico.

Sessão	Procedimentos
1 - 3 Avaliação	Entrevista inicial Análise do caso e critérios de elegibilidade para pesquisa com responsável Aplicação do DCDQ e Perfil sensorial (mãe) e MABC-2 (criança)
4 - 5	Definição de metas e avaliação do desempenho da criança: COPM e filmagem de metas para análise do desempenho. Análise Dinâmica do Desempenho: conversa mais específica com a criança sobre dificuldades percebidas nas metas elencadas.
6 - 10	Intervenção CO-OP: aprendizagem da estratégia global META-PLANO-FAZ-CHECA; descoberta guiada de estratégias específicas para melhorar o desempenho.

Sessão 11 Reavaliação	Reavaliação do desempenho da criança: COPM com a criança e responsável.
Sessão 12 Seguimento após 3 meses	Entrevista informal para avaliação da criança e responsável.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 2 estão descritas as metas selecionadas pela criança e a COPM (desempenho e satisfação) da criança e da mãe. As metas foram colocadas na tabela de acordo com a ordem de importância definida pela criança junto com a mãe. Observa-se, de maneira geral, que a criança obteve ganhos no desempenho ocupacional e na satisfação, mesmo nas metas que não foram desenvolvidas em terapia (“lavar o cabelo” e melhorar o “contato com outras crianças”), o que indica que em casa e na escola, a criança e a mãe possivelmente usaram as estratégias cognitivas e habilidades adquiridas em terapia para melhorar o desempenho nestas outras atividades, sendo um bom indicativo de transferência de aprendizagem. Tanto G quanto B perceberam mudanças clinicamente relevantes no desempenho e na satisfação relacionados à meta de “dobrar a roupa”, trabalhada em terapia. Em relação ao desenho, G percebeu mudanças, enquanto B não, entretanto, para ela, G já tinha bom desempenho ao desenhar, atribuindo nota 10 a sua satisfação, ainda antes da intervenção.

A exceção ocorreu com a meta “prender o cabelo”, em que a criança apontou que o seu desempenho baixou após a intervenção. G possui cabelo longo e cacheado, o que já eleva o nível de dificuldade da atividade para uma criança realizar, e, aparentemente, demonstrava satisfação com sua mãe realizando a tarefa, não se permitindo tentar prender seu próprio cabelo. Ao tentar realizar durante as sessões, mesmo com os planos de como fazer, G não obteve sucesso e apresentava frustração com seu desempenho o que pode justificar a diminuição na pontuação da satisfação.

Entretanto, é interessante notar que, como um bom indicativo do possível aumento da independência e do sentimento de autoeficácia da criança ao realizar as atividades em casa, a mãe relatou: *“Não sei se é reflexo dos atendimentos, mas vejo que G tem melhorado em alguns aspectos. Antes, eu ou a irmã que ajudávamos, agora ele está querendo fazer sozinho”*.

O desenvolvimento das metas estabelecidas por G está descrito detalhadamente no Quadro 3. Adaptações foram realizadas para adequar o protocolo à realidade da criança. A principal adaptação foi com relação ao número de sessões de intervenção, que precisou ser

reduzido (cinco sessões de intervenção). Além disso, inicialmente G não interagia muito e recebia muito apoio de sua responsável nas atividades cotidianas. Dessa forma, mais instrução verbal e orientação precisaram ser fornecidas para melhor esclarecimento das etapas e promover mais engajamento nas sessões gerando reflexões e elaboração de respostas para os problemas que foram sendo identificados durante o desenvolvimento das metas.

As primeiras sessões de intervenção foram desafiadoras. O horário disponível para a família comparecer ao serviço era logo após a escola (próxima à Clínica Escola), mais precisamente às onze horas da manhã. Inicialmente, a criança não demonstrava interesse, sempre estava com a cabeça baixa e interagia pouco. À medida em que o vínculo foi sendo estabelecido, ela demonstrou mais interesse, cooperação e melhor sociabilidade, demonstrando maior motivação para as sessões.

No início da fase de intervenção, a criança conheceu a estratégia global: META (o que eu quero fazer), PLANO (como vou fazer), FAZ (execução do plano), CHECA (verificação do plano). Ao todo, foram realizadas cinco sessões com o uso de estratégias globais, nas quais o “Mr. MetaPlanoFazCheca”, um fantoche, foi apresentado para a criança, como estratégia mnemônica para que a mesma pudesse lembrar os termos. O uso de um fantoche ou recurso como estratégia mnemônica pode auxiliar a criança a lembrar das estratégias cognitivas (Mandich & Polatajko, 2004).

Após três meses do final da intervenção, foi realizada uma sessão de seguimento remota com o objetivo de receber um relato de como a criança estava após um período sem acompanhamento regular e como estava enfrentando a mudança de cidade.

Tabela 2. Avaliação de desempenho e satisfação das atividades pela criança e responsável – COPM

Metas	Criança						Mãe					
	Desempenho			Satisfação			Desempenho			Satisfação		
	Pré	Pós	Mudança	Pré	Pós	Mudança	Pré	Pós	Mudança	Pré	Pós	Mudança
Lavar o cabelo	3	6	3	5	9	4	2	5	3	2	10	8
Prender o cabelo	1	1	0	5	1	- 4	1	5	4	5	10	5
Melhorar o desenho	6	8	2	6	9	3	7	8	1	10	10	0
Contato com outras crianças	4	6	3	3	6	3	5	9	4	5	10	5
Dobrar a roupa	6	9	3	6	9	3	3	10	7	7	10	3
Média	4	6	2,2	5	6,8	1,8	3,6	7,4	3,8	5,8	10	4,2

*Metas destacadas foram desenvolvidas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3. Desenvolvimento das metas estabelecidas para intervenção

Metas	Desenvolvimento	Comentários relevantes
Lavar o cabelo	Apesar de ter sido elencada como a mais importante, não era viável a realização do treino. Orientações foram dadas à mãe e à criança para fazerem em casa. A principal orientação foi com relação ao suporte que a mãe dava à criança. Segundo a responsável, muitas vezes, na tentativa de agilizar o banho, ela fornecia muita assistência.	Depois de seguir as orientações, a mãe relatou que a criança estava mais independente no banho e que o processo levava menos tempo.
Prender o cabelo	Meta mais desafiadora. Inicialmente a criança relatou que não tinha problemas com relação a essa meta, que estava satisfeita com sua mãe prendendo seu cabelo. Contudo, G identificou que poderia treinar essa meta em casa após as orientações da terapeuta. Após realizar tentativas em casa, com suporte da responsável, G apresentou uma descoberta importante. Ele relatou: <i>“está sendo difícil, mas com o tempo eu tô melhorando (...) na verdade é porque minha mão é pequena e meu cabelo é deste tamanho aqui”</i> . O cabelo de G é cacheado e longo. A criança demonstrou para as terapeutas, presencialmente, como prender o cabelo. Realizou tentativas e tentou seguir o plano junto com a terapeuta, mas não obteve sucesso.	A criança relatou que não conseguiria realizar essa meta, porque seu cabelo era muito grande. Ele entendia que era uma meta difícil, que mesmo tentando com outros tipos de prendedores de cabelo, não conseguiria realizar. A criança chegou à conclusão de que tem mãos pequenas, que precisaria crescer um pouco mais, porque desse tamanho ele não conseguiria. Pediu para encerrar a meta e foi prontamente acolhido.

Melhorar desenho	o A criança demonstrou bastante interesse nesta meta e, por isto, passamos mais tempo trabalhando com ela. A criança foi questionada sobre o que gostaria de melhorar em seu desenho. Ela sempre respondeu que tudo no desenho a incomodava. Após uma longa conversa, sobre seu desenho, a criança relatou que gostaria de melhorar no desenho para que a irmã mais velha, S, não o criticasse mais. Ele demonstrou bastante desconforto enquanto falava sobre esse assunto. Em seguida, afirmou que estava satisfeito com seu desenho, mas que sua irmã não iria gostar. A criança foi questionada sobre o seu desenho e o desenho da sua irmã, ela identificou que a diferença entre os dois desenhos é a quantidade de rabiscos que sua irmã faz. Segundo G, sua irmã é mais detalhista e por isso o desenho fica mais bonito. A criança experimentou alguns tipos de lápis diferentes e giz de cera em diversos formatos. Alguns planos foram testados, mas o que G gostou mais foi a utilização de gabaritos/passo a passo para auxiliar no desenho. Outro plano que funcionou foi a utilização de websites como Pinterest ou Youtube. A criança tinha algumas “missões” para realizar em casa, para dar continuidade ao processo de aprendizagem, uma delas era a busca na internet por gabaritos de desenhos. Esse plano foi pensado pela própria criança que explicou que já tinha observado sua irmã desenhando por meio do Pinterest. G afirmou que esse plano foi muito bom.	A criança, no início da intervenção, realizava muita comparação do seu desenho com o da irmã. Sempre demonstrou que o seu interesse em melhorar era para que a sua irmã parasse de criticar o seu desenho. Ao final de uma das sessões, a criança afirmou que a irmã raramente o ajudava no desenho, mas continuou afirmando que: “<i>eu até que melhorei sem a ajuda dela</i>”. A criança estava mais envolvida no processo de construção do desenho, gostava das “missões” de casa, demonstrava estar mais satisfeita com o produto e afirmou que estava melhor e que não precisava mais treinar esta meta.
-------------------------	---	--

Contato com outras crianças	A criança relatava dificuldade para “fazer amigos”, porque tinha vergonha de cumprimentar e conversar. Contudo, mesmo sem abordar essa meta de forma direta, orientações foram dadas à criança e à mãe para que ela pudesse desenvolver habilidades.	A terapeuta contou histórias sobre a própria experiência e como solucionou seus problemas com relação a amizade. Além disso, a criança foi incentivada a realizar a interação e convidar os colegas para brincar.
Dobrar a roupa	Apenas uma sessão foi necessária para essa meta. A criança demonstrava satisfação em como dobrar suas roupas, mas identificou que suas roupas não ficavam “bonitas” como as da mãe. Após o treino da meta “melhorar o desenho” a criança, já familiarizada com a utilização de gabaritos, chegou à conclusão que um dobrador de roupas poderia auxiliar e melhorar sua habilidade. A terapeuta confeccionou dobradores de papelão em diferentes tamanhos e ofereceu para a criança. O plano foi testado, G identificou qual dobrador funcionava melhor para a camiseta e foi aprovado com sucesso.	Enquanto testava o seu plano a criança se mostrava impressionada com a funcionalidade do dobrador e estava empolgada para levar para casa e ajudar sua mãe. A criança ficou tão satisfeita com o seu desempenho que convidou a mãe e a irmã para entrar na sala e observá-lo fazendo. Posteriormente, a mãe relatou que a criança utilizou o gabarito para montar uma mala de roupa para levar para a casa de sua avó.

Fonte: Elaborado pela autora.

4 DISCUSSÃO

A intervenção descrita neste estudo de caso foi baseada na abordagem CO-OP, desenvolvida por Mandich & Polatajko (2004) e adaptada para atender as demandas de G, uma criança diagnosticada com TEA nível de suporte 1. Muitas pesquisas com e sobre o uso da CO-OP foram publicadas comprovando melhora significativa no desempenho das tarefas escolhidas e fornecendo evidências para apoiar o uso desta abordagem (Scammel et al., 2016). Até o momento, estudos conduzidos com a CO-OP no Brasil tiveram como objetivo reportar a melhora no desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com TDC. Este estudo buscou investigar as adaptações realizadas no uso da CO-OP com uma criança com autismo. Com uma mudança de dois a três pontos nos escores da COPM, em quatro das cinco metas estabelecidas, foi possível constatar que a criança foi capaz de se beneficiar da terapia ocupacional com a CO-OP para melhorar o seu desempenho, sua satisfação e adquirir habilidades para realizar as metas.

O caminho percorrido pela família em busca do diagnóstico de G foi marcado por um intenso sofrimento. A família estava de luto por um ente querido que faleceu em decorrência de COVID-19. Enquanto lutavam com a carga emocional desse fato, que trouxe mudanças significativas na rotina familiar, muitas dúvidas estavam presentes com relação ao desenvolvimento de G. A responsável relatou que identificava sinais de TEA no filho, mas G só recebeu o diagnóstico com sete anos de idade. Favero-Nunes & Santos (2010) analisa essa trajetória familiar como um caminho percorrido em rumo ao desconhecido. Esse trajeto, longo, sofrido e árduo, pode ser marcado por desinformação e despreparo dos profissionais, dificuldade do estabelecimento do diagnóstico correto, opinião familiar negligenciada, sobrecarga emocional da família, mudanças na dinâmica familiar e na interação mãe-filho, desamparo quanto ao futuro da criança e itinerário terapêutico desconhecido (Favero-Nunes & Santos, 2010).

A identificação precisa do TEA é um processo complexo e desafiador, devido à associação do TEA a outras comorbidades e distúrbios do neurodesenvolvimento, perda de habilidades e também por apresentar amplas variações e gravidade dos sintomas (Hus & Segal, 2021). A estimativa atual da prevalência do autismo é de 1 em 100 crianças (Zeidan et al., 2022). A urgência desse diagnóstico, diante do crescimento dessa prevalência mundial, é necessária para minimizar consequências indesejáveis do diagnóstico tardio (Hus & Segal, 2021). O diagnóstico precoce é essencial, pois está associado a um melhor prognóstico da criança, maior direcionamento para a família e qualidade de vida (Hus & Segal, 2021).

Outro problema enfrentado pela criança e sua responsável foi o longo tempo esperando pelo atendimento de Terapia Ocupacional. Após três anos na lista de espera da Clínica Escola da UFPB, G conseguiu receber atendimento. Isso é bastante preocupante, pois crianças que precisam de acompanhamento precoce acabam tendo que esperar por muito tempo e, em alguns casos, anos para conseguir uma vaga. Essa situação pode prejudicar a saúde e o bem-estar de indivíduos que não possuem condições de arcar com tratamentos particulares e dependem do atendimento público (O'Connor et al., 2021).

Segundo Corrêa et al. (2016), no acompanhamento de clínicas escola ocorre a junção da prática e da teoria adquirida por estudantes, orientada por professores, profissionais, supervisores e acadêmicos. Nesse ambiente o estudante é capacitado como profissional, atendendo a comunidade gratuitamente, com responsabilidade e sob a supervisão de profissionais qualificados (Corrêa et al., 2016). Muitas famílias buscam atendimento nas clínicas escolas universitárias por entenderem que se trata de um serviço gratuito e de qualidade, frequentemente disponibilizando acompanhamento, orientados pelas melhores evidências científicas disponíveis. No entanto, tem-se observado a formação de fila de espera nos serviços-escola do Brasil e, como consequência, verifica-se um longo tempo para o paciente conseguir uma vaga para o atendimento necessário, o que pode acarretar na redução das expectativas de um prognóstico favorável e de uma resolubilidade rápida (Corrêa et al., 2016).

A realização de projetos de pesquisa e extensão nas clínicas escola, como o caso deste estudo, atende a necessidade do caráter científico e acadêmico, e possibilita que mais atendimentos sejam feitos, contribuindo com a diminuição da lista de espera. Além disso, Corrêa et al. (2016) salientam a importância de divulgar pesquisas científicas sobre os sistemas organizacionais das clínicas escolas para nortear a criação de novas práticas para otimizar as filas de espera. Por meio do ensino, pesquisa e extensão, os pilares da Universidade, é possível encontrar um equilíbrio para atender as demandas da fila de espera e amparar as demandas da comunidade.

Os resultados de G nos testes motores, MABC-2 e DCDQ descartaram a presença de problemas motores. No entanto, mesmo assim, a criança e sua responsável apresentavam queixas de dificuldades na realização de atividades importantes no cotidiano da família, justificando o uso da CO-OP, pois a abordagem tem como foco o desempenho ocupacional (Mandich & Polatajko, 2004).

Inicialmente a criança tinha dificuldades de interação, fazia pouco contato visual, verbalizava pouco e apresentava muita desatenção. No decorrer das sessões, por meio de

estimulação, motivação e orientação para a criança, o vínculo foi estabelecido e a empolgação tomou conta dos atendimentos. A criança conseguiu discutir de forma clara e aberta sobre suas dificuldades e relatar sobre situações difíceis que vivenciava no seu dia a dia, como por exemplo quando relatava histórias sobre seu relacionamento com a irmã. Constatação semelhante também foi relatada no estudo de Rodger & Vishram (2010) ao reportar o caso de uma criança que conseguiu ter conversas mais abertas com o terapeuta durante a intervenção sobre os conflitos com o irmão, criando soluções para lidar com a questão.

As atividades elencadas para a intervenção foram escolhidas pela criança por meio de entrevista semiestruturada com a COPM. Nesse momento, maior orientação verbal foi dada à criança para facilitar a compreensão do intuito da entrevista. Após as instruções, a criança conseguiu interagir, expressar-se sem dificuldade e tirar dúvidas quando não entendia o que era colocado. O'Connor et al. (2021) identificou no seu estudo que, para garantir que o ponto de vista da criança seja levado em consideração, estratégias podem ser desenvolvidas para crianças que precisam de mais apoio nas atividades, como estar atenta aos sentimentos, pensamentos e comportamentos da criança, aprofundar o vínculo, valorizar o que a criança fala e ajudar que ela sinta que está alcançando sucesso.

Após a escolha das metas, a responsável foi convidada à sala para relatar sobre o desempenho da criança em cada atividade no cotidiano. No entanto, apesar de haver essa prática colaborativa, este estudo priorizou o protagonismo da criança. O'Connor et al. (2021) afirmam que crianças têm visões diferentes dos adultos e experimentam as situações de maneira diferente, sugerindo que os adultos não conseguem fornecer sozinho relatos precisos sobre a criança. A tomada de decisão pela criança no estabelecimento de metas para a intervenção sustenta, na terapia ocupacional, a prática centrada no cliente e garante o direito da criança de ser ouvida e participar das decisões (O'Connor et al., 2021). Vale salientar que as metas escolhidas foram atividades que estão comumente presentes na infância.

O processo de intervenção foi marcado por uma interação constante entre a criança e terapeutas. Essa colaboração é consistente com os achados do estudo de Rodger & Vishram (2010). Além disso, foi constatado que à medida em que a criança melhorou em uma atividade, a quantidade de orientação, verbalização do terapeuta e planejamento para a realização de outras atividades era reduzida, dando lugar ao maior engajamento da criança no seu próprio processo terapêutico. Seguindo o pressuposto da CO-OP, estratégias se tornarão automáticas e implícitas com o passar do tempo (Mandich & Polatajko, 2004). Esse achado também foi constatado por Rodger et al. (2009) e reforça a função da terapeuta como facilitadora.

A meta “melhorar o desenho” foi a mais trabalhada, devido ao maior interesse da criança pela atividade. G não se mostrava satisfeito com seus desenhos e explicou que isso acontecia porque “*S (irmã mais velha) sempre me zoa só por causa disso. Eu quero melhorar para ela parar com isso*”. Explicou ainda que “*o desenho dela é mais bonito que o meu (...) ela faz o desenho mais detalhado*”. No começo da terapia, G não se abria, sempre respondia aos questionamentos com “*não sei*”. No entanto, as terapeutas identificaram que a criança tinha um desenho animado de televisão favorito e, ao utilizar esse desenho como estratégia facilitadora, a criança começou a se comunicar mais abertamente “*eu acho que quero tentar*” e ter interesse nas sessões: “*podemos tentar outro roteiro?*”.

G é uma criança muito observadora e curiosa. Sua mãe relatou a facilidade do aprendizado por meio da observação. O uso de gabaritos, roteiro visual e passo a passo para desenhar, utilizados nessa meta, trouxeram resultados positivos com a criança. O uso dessas adaptações também foi realizado por Rodger & Vishram (2010) e Rodger et al. (2009). Além disso, para dar continuidade aos atendimentos, já que as sessões eram curtas, foram dados desafios à criança, que eram definidos em conjunto ao final das sessões. A criança relatou que essa estratégia “*funcionou muito*”, e identificou que a parte difícil era “*encontrar um desenho legal para fazer*”, porque com desenhos mais detalhados, como ele gostaria de fazer, é mais difícil de seguir o passo a passo, então decidiu começar pelos mais simples. Outro aspecto que gerou empolgação na criança foi descobrir que outros materiais como lápis grafite de formato diferente e giz de cera, podem auxiliar na melhora do aspecto do desenho. G passou a analisar seus materiais e descobriu que a ponta da canetinha ficava desgastada quando ele aplicava muita pressão sobre o papel, resultando na danificação da ferramenta. Rodger & Brandenburg (2009) também relataram que uma criança apresentou esse tipo de estratégia de sentir o movimento e perceber quanta pressão colocar no lápis.

Outro resultado importante foi a mudança do relato da criança sobre a sua relação com a irmã mais velha. A criança relatava, inicialmente, que não gostava dos seus desenhos porque sua irmã o criticava muito e “*fala muita besteira*”. G sempre comparava suas tentativas de desenho com os desenhos da irmã e aparentava estar triste e incomodado com a situação. No entanto, com o passar do tempo, G melhorou suas habilidades no desenho e não relatava mais incômodo com relação às falas de sua irmã, mesmo que ela não tenha mudado de comportamento, e explicou que conseguiu melhorar sem a ajuda dela. A criança ficou mais confiante com seus desenhos e não realizava mais tais comparações. Tal fato pode significar que a criança tenha elaborado estratégias para lidar com esse comportamento da irmã em casa. Esse resultado também foi relatado por Rodger et al. (2007), em que uma criança elaborou

planos para controlar comportamentos difíceis do seu irmão mais velho, e por Rodger & Brandenburg (2009), no qual uma criança utilizou uma estratégia para lidar com situações estressantes no parquinho.

A meta “dobrar a roupa” foi a mais rápida. A criança já estava familiarizada com as estratégias, já havia adquirido habilidades em outras metas e, portanto, estava mais ágil na tomada de decisões. Para esta meta foi utilizado um gabarito para auxiliar na dobra da roupa. G ficou muito empolgado com o resultado da primeira tentativa, compartilhou sua descoberta com sua irmã e sua mãe, e determinou que o uso do gabarito era suficiente para melhorar seu desempenho na meta. A utilização de listas, scripts e gráfico visual estão presentes também nos estudos de Rodger & Brandenburg (2009) e Rodger & Vishram (2010).

Com o passar do tempo, G passou a se permitir experimentar situações que não tinha interesse em realizar inicialmente, tanto no ambiente terapêutico como na escola e em casa. Um exemplo que retrata bem isso é a realização da meta “prender o cabelo”. A mãe relatava que a criança não queria experimentar em casa “*já achava que ia dar errado*” e que gostava de ter sua mãe fazendo isso por ela. No entanto, G decidiu experimentar na terapia. Observou a realização da atividade, as diferentes formas de prender, onde os dedos eram colocados e tentou fazer em conjunto com a terapeuta, mas não obteve sucesso. Recebeu desafios para casa, no intuito de experimentar a atividade e outros tipos de prendedores. Ao retornar, após as tentativas em casa, apresentou uma conclusão importante relacionada ao desempenho da meta: sua mão era pequena para prender seus cabelos, e pediu para encerrar a meta. Nesse momento, a criança foi acolhida, e percebeu-se que ela conseguiu identificar o momento de parar, pois sua satisfação com a atividade estava diminuindo. Isto pode ter acontecido porque antes a criança não se permitia experimentar, e não imaginava como seria seu desempenho. A mãe concordou com a criança e ficou impressionada por ele ter chegado a esta conclusão.

Duas das cinco metas não foram desenvolvidas, mas apresentaram resultados positivos. Orientações foram compartilhadas com a mãe com relação à quantidade de apoio dado à criança durante a realização das atividades em casa. Rodger et al. (2007) também relatam sobre estimular a mãe a ajudar a criança a usar estratégias e praticar as habilidades em casa. A mãe foi incentivada a permitir que o filho experimentasse as situações, quando possível, e fornecesse pouco apoio, deixando ele mais à vontade para identificar a real necessidade de auxílio. A responsável relatou que a criança ficou mais ágil e independente durante o banho após a mudança de comportamento. Esse achado também é constatado por Rodger et al. (2009), em que a mãe das crianças que participaram do estudo relatou que elas estavam mais independentes e engajadas nas atividades.

Além de uma mudança no comportamento, a responsável demonstrou uma mudança na forma de pensar sobre a realização das atividades por G. Estava mais consciente das limitações do filho e do potencial que a experimentação de uma atividade pode ter. Em um relato, a responsável colocou “*tentar já é bastante coisa*”. Rodger et al. (2007), no decorrer do seu trabalho, relataram algumas ações que as mães das crianças realizavam em casa para melhorar o desempenho das crianças nas atividades e como isso contribuiu para o desenvolvimento da criança.

O número de sessões de intervenção da CO-OP foi reduzido para cinco, devido à situação da família. Dawson et al. (2017) e Taylor et al. (2007) abordam que uma redução no número de sessões e no tempo da sessão pode ser realizada para adaptar a CO-OP para o uso com crianças com autismo, especialmente se apresentarem falta de atenção. No entanto, apesar desse número reduzido de sessões, resultados relevantes foram encontrados, comprovando a efetividade destes tipos de adaptação, que foram realizadas para acolher as demandas da família. O uso do fantoche tornou a intervenção mais descontraída e melhorou a compreensão das estratégias. As escalas adaptadas da COPM (LAW et al., 2009; Araújo, 2010) foram importantes para a criança visualizar melhor o significado de cada número na escala e, dessa forma, classificar seu desempenho e satisfação nas atividades com mais acurácia. Outros elementos importantes foram o uso de roteiros, gabaritos, orientação verbal e maior instrução, motivação, graduação da atividade, orientação para a responsável, missões para casa, encontro *on-line*, observação, perceber a posição do corpo, relato de experiência da terapeuta durante a infância, e o uso de temas de interesse da criança para dar suporte ao desenvolvimento de algumas metas.

A sessão de seguimento, três meses após a conclusão, foi importante para verificar os achados durante as seções de intervenção. Rodger et al. (2007) também realizaram uma conversa, meses após, para verificar a interpretação dos resultados pelos autores. A responsável relatou que o contexto de mudança de residência para outro estado trouxe desafios na dinâmica familiar, sendo difícil, naquele momento, implementar uma rotina semelhante a anterior. G estava muito interessado em jogos virtuais, porque passou um tempo na casa de sua avó e essa era sua principal diversão. B contou que a escola nova era muito diferente da anterior em termos estruturais, a sala de aula era pequena, com muita gente e tempo de recreio mais curto. No entanto, apesar das dificuldades apresentadas, a mãe informou que G conseguiu fazer novos amigos. Anteriormente, G relatava que “*é muito difícil fazer amigos*” e “*eu tenho vergonha de falar*”. Rodger & Vishram (2010) afirmam que crianças com autismo podem enfrentar dificuldades sociais relacionadas a formar e manter amizades, problemas organizacionais,

preparar-se para a escola e fazer os deveres de casa. Além disso, a mãe relatou que ele experimentou dormir fora de casa sozinho pela primeira vez e não apresentou nenhum problema. Esse resultado é consistente com os achados de Rodger et al. (2007), onde é relatada que uma criança se engajou de forma independente em uma nova atividade. Isso demonstra que a criança conseguiu transferir suas novas habilidades para uma nova tarefa. Por fim, mas não menos importante, foi relatado que G está mais prestativo, que não precisa reforçar várias vezes um pedido para ser realizado, e que está mais organizado, mantendo o quarto arrumado.

Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro aos estudos encontrados na literatura, que relatam que o uso da CO-OP pode ser eficaz com crianças com autismo. Além disso, reforça o uso de adaptações para atender as especificidades de cada família. Mais estudos são necessários para reportar e descrever informações sobre o uso da CO-OP com crianças com autismo, especialmente no Brasil, onde o tempo de espera para atendimento é longo e muitas crianças não tem acesso a abordagens que requerem dispêndio financeiro grande por parte de profissionais e em geral são terapias que requerem mais tempo para demonstrar resultados efetivos. A CO-OP apresenta-se como uma intervenção possível de ser implementada, uma vez que estas crianças precisam de acompanhamento o mais precoce e resolutivo possível.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o primeiro estudo brasileiro que reportou a CO-OP como abordagem para intervenção em Terapia Ocupacional com uma criança com TEA. A investigação dessa abordagem no Brasil é importante, pois demonstra que em um curto período de tempo o participante apresentou resultados positivos com relação ao desempenho ocupacional em atividades de seu interesse. Este estudo traz resultados importantes para apoiar o uso da CO-OP com crianças com TEA nível de suporte 1.

Neste estudo foram realizadas modificações para melhor adaptar à realidade da família, e apontou-se que o uso de abordagens mais centradas no cliente e na família, que levam em conta as especificidades e o contexto de inserção, podem promover a generalização e a transferência de habilidades entre tarefas e contextos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Araújo, C. R. S. (2010). *Efeitos da terapia motora cognitiva no desempenho de atividades de crianças com transtorno do desenvolvimento da coordenação*. Dissertação (Mestrado em Ciência da Reabilitação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte).
- Araújo, C. R. S., Agostini, O. S. (2021). Atividades da vida diária e autismo: contribuições da terapia ocupacional. In Cardoso, A. A., Nogueira, M. L. A. *Atenção Interdisciplinar ao Autismo* (pp. 207-219) Editora Ampla.
- Araújo, C. R. S., Cardoso, A. A., & Magalhaes, L. D. C. (2019). Efficacy of the cognitive orientation to daily occupational performance with Brazilian children with developmental coordination disorder. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 46-54.
- Araújo, C. R. S., Cardoso, A. A., Polatajko, H. J., & de Castro Magalhães, L. (2021). Efficacy of the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach with and without parental coaching on activity and participation for children with developmental coordination disorder: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*, 110, 103862.
- Buijsman, R., Begeer, S., & Scheeren, A. M. (2023). ‘Autistic person’ or ‘person with autism’? Person-first language preference in Dutch adults with autism and parents. *Autism*, 27(3), 788-795.
- Bury, S. M., Jellett, R., Spoor, J. R., & Hedley, D. (2023). “It defines who I am” or “It’s something I have”: What language do [autistic] Australian adults [on the autism spectrum] prefer?. *Journal of autism and developmental disorders*, 53(2), 677-687.
- Corrêa, C. D. C., Arakawa, A. M., & Maximino, L. P. (2016). Clínica-escola de fonoaudiologia: manejo da lista de espera. *Revista CEFAC*, 18, 1222-1229.
- Dawson, D. R., McEwen, S. E., & Polatajko, H. J. (2017). Cognitive Orientation to daily Occupational Performance in occupational therapy: Using the CO-OP approach to enable participation across the lifespan.

- Emily, G., & Grace, I. (2015). Family quality of life and ASD: The role of child adaptive functioning and behavior problems. *Autism Research*, 8(2), 199-213.
- Favero-Nunes, M. A., & Santos, M. A. D. (2010). Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 208-221.
- Hume, K., Steinbrenner, J. R., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., ... & Savage, M. N. (2021). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism: Third generation review. *Journal of autism and developmental disorders*, 1-20.
- Hendersen, S., Sugden, D., & Barnett, A. (2007). Movement assessment battery for children—2 examiner's manual.
- Hus, Y., & Segal, O. (2021). Challenges surrounding the diagnosis of autism in children. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 3509-3529.
- Klin, A., & Volkmar, F. R. (2000). Treatment and intervention guidelines for individuals with Asperger syndrome. *Asperger syndrome*, 340-366.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2009). Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM). *Belo Horizonte: Editora UFMG*.
- Mancini, M. C. (2005). Inventário da avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada. In *Inventário da avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI): Manual da versão brasileira adaptada* (pp. 193-193).
- Mandich, A., & Polatajko, H. J. (2004). *Enabling occupation in children: The cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) approach*. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Mapurunga, B. A., Mendes, A. L. R., Silveira, V. B., de Oliveira Correia, R. F., & de Carvalho, A. F. M. (2021). A atuação do terapeuta ocupacional na reabilitação de pessoas com autismo. *Revista de Casos e Consultoria*, 12(1), e26291-e26291.
- Novak, I., & Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian occupational therapy journal*, 66(3), 258-273.

O'Connor, D., Lynch, H., & Boyle, B. (2021). A qualitative study of child participation in decision-making: Exploring rights-based approaches in pediatric occupational therapy. *Plos one*, 16(12), e0260975.

Ottenbacher, K. J. (1986). *Evaluating clinical change: Strategies for occupational and physical therapists*. Williams & Wilkins.

Prado, M., Magalhães, L. C., & Wilson, B. N. (2009). Cross-cultural adaptation of the Developmental Coordination Disorder Questionnaire for Brazilian children. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 13, 236-243.

Rodger, S., & Brandenburg, J. (2009). Cognitive Orientation to (daily) Occupational Performance (CO-OP) with children with Asperger's syndrome who have motor-based occupational performance goals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(1), 41-50.

Rodger, S., Pham, C., & Mitchell, S. (2009). Cognitive strategy use by children with Asperger's syndrome during intervention for motor-based goals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), 103-111.

Rodger, S., Springfield, E., & Polatajko, H. J. (2007). Cognitive Orientation for daily Occupational Performance approach for children with Asperger's Syndrome: a case report. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 27(4), 7-22.

Rodger, S., & Vishram, A. (2010). Mastering social and organization goals: Strategy use by two children with Asperger syndrome during cognitive orientation to daily occupational performance. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(4), 264-276.

Scammell, E. M., Bates, S. V., Houldin, A., & Polatajko, H. J. (2016). The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP): A scoping review: L'approche CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance): Examen de la portee. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(4), 216-225.

Taylor, S., Fayed, N., & Mandich, A. (2007). CO-OP intervention for young children with developmental coordination disorder. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(4), 124-130.

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation. *Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.* «*Enabling Occupation II présente une vue en coupe transversale du MCRO-P pour définir et délimiter le domaine de préoccupation des ergothérapeutes, c'est-à-dire l'occupation humaine.*

Yin, R. K. (1994). Case study research, 1994. *Design and Methods*, 5.

Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., ... & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, 15(5), 778-790.