



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

**A MODALIDADE HÍBRIDA DE INTERVENÇÃO
TERAPÊUTICA OCUPACIONAL PARA UMA CRIANÇA
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Dayse Hellen de Sousa Frazão

JOÃO PESSOA

2024

DAYSE HELLEN DE SOUSA FRAZÃO

**A MODALIDADE HÍBRIDA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA
OCUPACIONAL PARA UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

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

Orientadora: Flávia Regina Ribeiro
Cavalcanti Buffone

JOÃO PESSOA

2024

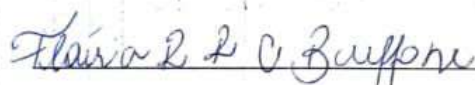
DAYSE HELLEN DE SOUSA FRAZÃO

**A MODALIDADE HÍBRIDA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA
OCUPACIONAL PARA UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

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: 22/04/2024

COMISSÃO EXAMINADORA



Flávia Regina Ribeiro Cavalcanti Buffone

Universidade Federal da Paraíba



Ângela Cristina Dornelas da Silva

Universidade Federal da Paraíba



Maria Cecília de Araújo Silvestre

Universidade Federal da Paraíba

DEDICATÓRIA

“A Deus, por todo cuidado comigo,
À minha família pelo apoio e incentivo,
À criança do estudo por todos os
ensinamentos.”

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, “pois Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a glória para sempre! Amém”. Agradeço ao meu esposo que acredita no meu potencial mesmo quando eu não consigo enxergar. Aos meus queridos pais que me apoiaram incondicionalmente no passado, no presente e com certeza me apoiarão no futuro, obrigada por tudo. Agradeço também à minha orientadora por me dar suporte mesmo tão atarefada e responder as minhas mensagens desesperadas fora do “horário comercial”. A ela também agradeço pela oportunidade de participar desse projeto de extensão que foi tão importante na minha formação acadêmica. Agradeço a todos os meus colegas de turma pelos momentos bons e ruins que compartilhamos nesses cinco anos, mas em especial, agradeço a minha amiga e parceira para todas as horas, Ana Beatriz, que está comigo desde o início dessa caminhada e participou de tantos momentos importantes na minha vida para além dessas quatro paredes, obrigada Bia, você foi essencial. Além disso, quero agradecer também a criança deste estudo por ter me dado tanto amor do seu jeitinho singular e ter me proporcionado a oportunidade de vê-lo superar diversas barreiras e evoluir de modo tão corajoso. À mãe dele também, meu muito obrigada por confiar em nosso trabalho, esforço e ser tão comprometida em tudo o que faz, seu filho não poderia ter uma mãe melhor.

EPÍGRAFE

“Assim, quer vocês comam, bebam ou façam qualquer
outra coisa, façam tudo para a glória de Deus”. 1 Coríntios
10.31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Áreas problemas de desempenho ocupacional identificadas pela mãe a partir da COPM na avaliação inicial	20
TABELA 2. Resultados do padrão de processamento sensorial da criança.....	23
TABELA 3. Reavaliação da COPM para identificar possível mudança de desempenho.....	27

LISTA DE SIGLAS, ABREVIACÕES E SÍMBOLOS

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVDs - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AOTA - Associação Americana de Terapia Ocupacional

PS - Processamento Sensorial

PS2 - Perfil Sensorial 2

TO - Terapia Ocupacional

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TPS - Transtorno do Processamento Sensorial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
MÉTODO.....	15
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	39
APÊNDICES.....	52

**A MODALIDADE HÍBRIDA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA
OCUPACIONAL PARA UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

**THE HYBRID MODALITY OF OCCUPATIONAL THERAPEUTIC
INTERVENTION FOR A CHILD WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER**

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser capaz de influenciar o desempenho ocupacional de crianças com esse diagnóstico. Os critérios diagnósticos do TEA apresentados no DSM-V mostram a existência de hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente, o que pode reforçar os desafios encontrados por essa população no desempenho das atividades cotidianas. A Terapia Ocupacional desempenha um papel essencial na intervenção e no apoio a crianças com TEA de modo a ajudá-las a desenvolver habilidades funcionais que lhes permitam uma melhor qualidade de vida por meio das ocupações. **Objetivos:** Analisar as possíveis contribuições da intervenção de Terapia Ocupacional prestada a uma criança com TEA na modalidade híbrida e, verificar a influência do processamento sensorial no desempenho ocupacional da criança do estudo. **Método:** Estudo de caso descritivo de sujeito único, composto por uma criança com TEA acompanhada em um Projeto de Extensão entre outubro de 2022 a junho de 2023, na UFPB. **Resultados:** Os dados encontrados foram divididos e categorizados em: problemas de desempenho ocupacional e possível relação entre o processamento sensorial da criança; a intervenção de Terapia Ocupacional; e o impacto da modalidade híbrida na intervenção terapêutica ocupacional. **Conclusão:** A intervenção da Terapia Ocupacional na modalidade híbrida para esta criança com TEA melhorou seu desempenho ocupacional, sendo capaz de modificar a percepção da mãe e de seus familiares sobre a capacidade da criança.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Processamento Sensorial; Transtorno do Espectro Autista; Telemonitoramento.

ABSTRACT

Introduction: The Autism Spectrum Disorder (ASD) may influence the occupational performance of children diagnosed with it. The diagnostic criteria for ASD outlined in the DSM-V indicate the presence of hyper- or hypo-reactivity to sensory stimuli or an unusual interest in sensory aspects of the environment, which can exacerbate the challenges faced by this population in performing everyday activities. Occupational Therapy plays an essential role in intervening and supporting children with ASD in developing functional skills that enable them to have a better quality of life through meaningful activities. **Objectives:** To analyze the possible contributions of Occupational Therapy intervention provided to a child with ASD in a hybrid modality and to assess the influence of sensory processing on the child's occupational performance in the study. **Method:** Descriptive single-subject case study of a child with ASD enrolled in an Extension Project from October 2022 to June 2023 at UFPB. **Results:** The data were divided and categorized into: occupational performance problems and potential relationship between the child's sensory processing; Occupational Therapy intervention; and the impact of the hybrid modality on occupational therapy intervention. **Conclusion:** Occupational Therapy intervention in a hybrid modality for this child with ASD improved their occupational performance, capable of altering the perception of the mother and family members regarding the child's capabilities.

Keywords: Occupational Therapy; Sensory Processing; Autism Spectrum Disorder; Telemonitoring.

INTRODUÇÃO

Em sua pesquisa recente realizada no ano de 2020 e publicada em março de 2023, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) verificou a prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos Estados Unidos, na qual uma a cada 36 crianças, aos oito anos, apresentava o diagnóstico. Assim, é possível observar uma prevalência alta de casos e uma tendência de crescimento contínuo no número de diagnósticos de TEA.

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits em duas categorias principais: 1) comunicação e interação social e 2) padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades (APA, 2014). À exemplo desses prejuízos, podem ocorrer padrões incomuns de fala; ausência de contato visual; não atender quando chamado pelo nome; desenvolvimento tardio das habilidades de fala; dificuldade em manter uma conversa; repetição de frases ou palavras; dificuldade em compreender os sentimentos dos outros e expressar os seus. Portanto, entende-se que o transtorno traz implicações funcionais para o sujeito que pode apresentar dificuldades na capacidade de executar determinadas tarefas, participar de atividades e interagir com o ambiente e as pessoas ao seu redor (Souza, 2019).

Além disso, muitas pessoas com o transtorno podem experimentar ao longo da vida ansiedade ou estresse, especialmente em situações sociais ou ambientes sensorialmente desafiadores (Serrano, 2016). Isso pode ser justificado por um dos critérios diagnósticos apresentados no DSM-V (APA, 2014) que diz que pessoas com TEA podem ter hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente, o que consequentemente reforça os desafios encontrados por essa população no desempenho das atividades cotidianas.

A terapia ocupacional, por ser uma profissão que estuda profundamente as ocupações, pode ser de fundamental importância na habilitação de padrões saudáveis de desempenho, habilidades de desempenho e outros domínios que possibilitam ou reforçam a participação da pessoa, grupo ou população na vida cotidiana de maneira satisfatória. De acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020), as ocupações ocorrem ao longo do tempo, tem propósito, significado e utilidade percebida pelo cliente e podem ser observadas por outros ou ser entendida apenas pela pessoa envolvida. Elas podem ser separadas em 9 categorias, a saber: atividades de vida diária (AVD's), atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), gestão de saúde,

descanso e sono, educação, trabalho, brincar/jogar, lazer e participação social. O desempenho ocupacional, por sua vez, é a realização da ocupação selecionada resultante da transação dinâmica entre o/a cliente, seus contextos e a ocupação. A avaliação de tal desempenho nessas ocupações é de competência do terapeuta ocupacional, que considera a influência de todos esses aspectos para traçar objetivos e planejar suas intervenções (AOTA, 2020).

Ademais, o presente estudo apresenta uma modalidade de intervenção ainda incipiente na Terapia Ocupacional: a modalidade híbrida. Com o advento do contexto atípico da pandemia causada pelo COVID-19, aconteceram mudanças significativas no cotidiano da população, abrangendo tanto aqueles capazes de aderir às medidas de distanciamento social quanto aqueles obrigados a manter sua atividade produtiva para garantir o sustento do lar (Bregalda et al., 2020). Essas mudanças como o isolamento social, por exemplo, impactaram diretamente no desenvolvimento das crianças, nas dinâmicas familiares e em suas ocupações. Neste período foi necessário a reconfiguração dos serviços de saúde, momento em que emergiu o teleatendimento, permitido pelo COFFITO na Resolução nº 516, de 20 de março de 2020. Esta foi uma solução adotada pela maioria dos serviços de saúde, os quais tiveram que se adaptar a essa nova demanda, pois, aquele contexto afetou especialmente pessoas com necessidades especiais, como as crianças com TEA e suas famílias, que viram o acesso limitado à Terapia Ocupacional e a tantos outros serviços, refletirem negativamente no desempenho das atividades diárias e na saúde mental (Silva et. al., 2021).

Com o passar do tempo, o retorno das atividades presenciais possibilitou a reorganização da assistência, combinando atividades remotas e presenciais em Terapia Ocupacional para ampliar o alcance a essas crianças com deficiência e outros transtornos. Surge então, a modalidade híbrida de assistência à saúde, que envolve ambos os formatos e funciona de acordo com a disponibilidade de acesso às tecnologias de comunicação que a família possui. Além disso, os encontros remotos são estabelecidos no mesmo horário e duração dos encontros presenciais, mediante consenso entre os cuidadores e os profissionais. Dessa forma, o atendimento híbrido surgiu como uma ponte que possibilitou a parceria com a família e/ou cuidador da criança, bem como a visualização mais concreta de seu contexto/ambiente real, e consequentemente, suas demandas.

Outrossim, entende-se que a avaliação e tratamento da criança por meio da modalidade híbrida exigem flexibilidade por parte do terapeuta ocupacional, entendendo

a tecnologia como uma ferramenta a mais e o cuidador como facilitador do processo terapêutico na maioria das situações. Isto deve ficar claro, de maneira que o cuidador entenda que não tem responsabilidade de ser o terapeuta de sua criança, seu papel ocupacional é outro (Silva et. al. 2020). Ainda, o planejamento de intervenções remotas deve considerar as necessidades do cliente, sendo complementar a assistência presencial e oferecer estratégias coerentes com a individualidade de cada caso e que tenha viabilidade de acontecer no ambiente doméstico.

As estratégias de assistência híbrida, que integram encontros remotos ao acompanhamento presencial, estão ainda no início na Terapia Ocupacional, uma vez que surgiu devido a necessidade da época e a readequação de um “novo normal” que tem sido experimentado por todo o mundo. Segundo Hermes et. al. (2022), o atendimento em Telessaúde se destaca por possibilitar a continuidade do cuidado a distância e favorece o protagonismo da criança e dos pais nesse processo. Por conseguinte, com base em tudo que foi exposto, a modalidade de atendimento híbrido foi adotada na edição do projeto de extensão “Atenção Integrada à Criança com Deficiência, Outros Transtornos e à Família” da UFPB em 2022, em que um dos participantes, teve seu desempenho ocupacional avaliado em antes e depois.

Portanto, o objetivo deste estudo é analisar as possíveis contribuições da Terapia Ocupacional na modalidade híbrida para uma criança com TEA. Para isso, os objetivos específicos foram: identificar quais as principais áreas problema no desempenho ocupacional da criança do estudo; conhecer o padrão de processamento sensorial dessa criança; estabelecer possíveis relações entre as áreas problema de desempenho ocupacional e o padrão de processamento sensorial da criança estudada; realizar uma análise comparativa e descritiva dos resultados antes e depois das intervenções; e por fim, conhecer a percepção materna sobre a intervenção híbrida de Terapia Ocupacional realizada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, de sujeito único, descritivo baseado na análise retrospectiva dos dados do prontuário, associado a percepção materna. Este estudo é composto por uma criança com TEA acompanhada pelo Projeto de Extensão: “Atenção integrada à criança com deficiência, outros transtornos e à família” entre outubro de 2022 a junho de 2023, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus I. O sujeito

da pesquisa foi selecionado por possibilitar discussões atuais da modalidade de acompanhamento e da influência do processamento sensorial em seu desempenho ocupacional.

PARTICIPANTE

O sujeito da pesquisa é uma criança do sexo masculino, com 1 ano e 4 meses de idade, reside com os pais e a avó e tem a mãe como sua cuidadora principal. A criança recebeu o diagnóstico de TEA no mês de abril do ano de 2023, na época, a mesma já vinha sendo acompanhada pelo projeto de extensão desde outubro de 2022. Ela foi acompanhada pela equipe do projeto durante 8 meses, quando as atividades de extensão precisaram ser encerradas devido ao cronograma das atividades no âmbito da UFPB.

O relato dos pais indicava que a criança apresentava atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, mais especificamente nas habilidades de linguagem e socialização, além de possível alteração no processamento sensorial.

Atualmente por falta de assistência em outros serviços ao qual a criança foi encaminhada, a mesma retornou aos atendimentos na Clínica Escola de Terapia Ocupacional com uma nova equipe responsável pelas intervenções, em uma nova edição do projeto de extensão.

PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A principal fonte de dados foi o prontuário do paciente, localizado nos arquivos do Grupo de Pesquisa Desenvolvimento Infantil e Cotidiano - GPDIC, na Clínica Escola de Terapia Ocupacional, UFPB, além da entrevista realizada com a mãe em janeiro de 2024. Foram utilizados como referência os seguintes protocolos de avaliação da Terapia Ocupacional: a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM (Magalhães, L. 2009) para levantar as principais ocupações prejudicadas apontadas pela mãe, e o Perfil Sensorial 2 da Criança Pequena (Dunn, W. 2014), para traçar o padrão de processamento sensorial da criança.

Para alcançar uma análise abrangente e robusta do caso, além das informações encontradas no prontuário sobre o registro das evoluções e os instrumentos de avaliação aplicados nas intervenções, foi necessário acessar os arquivos de mídia registrados durante as intervenções remotas e presenciais de terapia ocupacional. Os registros das

sessões remotas que aconteceram com a criança no ambiente doméstico tornaram possível a observação do desempenho ocupacional do paciente nas atividades de vida diária dentro de seu domicílio.

Não obstante, foi realizada uma entrevista semiestruturada com a mãe, para conhecer a percepção materna sobre as intervenções realizadas. Neste estudo, a mãe foi identificada como Margarida (nome fictício) e a criança como Artur (nome fictício), o que garante a privacidade dos participantes. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPB e aprovado sobre o parecer Nº 6.497.353. Todas as etapas da pesquisa foram realizadas apenas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE pela mãe da criança.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

-Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM (Magalhães, L. 2009):

A COPM trata-se de uma entrevista semiestruturada, criada por Law et al (1990), traduzida para o português do Brasil em 1999 e validada por Livia Magalhães em 2009. Ela objetiva conduzir a prática terapêutica ocupacional centrada no cliente. Pode ser preenchida tanto pelo sujeito, acima de 7 anos de idade, quanto pelo seu responsável, identificando as principais demandas em relação às atividades de autocuidado, produtividade e lazer, quantificando-as em relação à importância, qualidade de desempenho e grau de satisfação das atividades.

O grau de importância é classificado de acordo com uma escala que vai de 1 a 10, sendo: 1 = sem nenhuma importância e 10 = extremamente importante. Após o preenchimento de cada atividade listada nas áreas de desempenho ocupacional anteriormente, o cliente deverá selecionar cinco demandas que o mesmo considere como as mais importantes ou urgentes e atribuir o grau de desempenho com que as realiza, também dentro de uma escala que vai de 1 a 10, em que sendo: 1 = incapaz de fazer e 10 = capaz de fazer extremamente bem; e sua satisfação sobre a maneira em que realiza cada atividade atualmente, sendo: 1 = nada satisfeito; 10 = extremamente satisfeito.

Após as intervenções, o terapeuta ocupacional deve reavaliar o cliente e conferir os resultados, comparando-os. Não há um prazo específico para a reavaliação, mas é

recomendado após 6 meses da aplicação da entrevista. Além disso, é importante destacar que segundo o manual da COPM, dois pontos a mais na reavaliação demonstram uma mudança significativa. Para calcular o score da COPM é necessário somar as pontuações de desempenho da avaliação e reavaliação, e depois dividir pelo número de problemas elencados, neste caso, quatro problemas. Da mesma forma, as pontuações de satisfação são somadas e divididas pelo número de problemas elencados.

-Perfil Sensorial da Criança Pequena (Dunn, W. 2014)

O Perfil Sensorial 2, por sua vez, foi elaborado por Winnie Dunn (2014), consiste em um conjunto de avaliações padronizadas desenvolvidas para verificar o padrão de processamento sensorial de crianças desde o nascimento até os 14 anos e 11 meses de idade. O Perfil Sensorial 2 da Criança Pequena, foi utilizado no projeto de extensão por se enquadrar na faixa etária da criança estudada. Nele é necessário que os cuidadores preencham 54 itens sobre suas crianças, subdivididos em 7 sessões, destas, 6 são sensoriais (geral, auditivo, visual, tato, movimento, oral) e 1 comportamental. O questionário pode ser aplicado na modalidade de entrevista, ou ser preenchido por um dos pais ou cuidadores diretos da criança que avaliam os comportamentos descritos em cada item e atribuem um valor dentro de uma escala Likert que varia de 0 a 5, de acordo com a sequência a seguir: 0= Não se Aplica, 1= Quase Nunca, 2= Ocasionalmente, 3= Metade das Vezes, 4= Frequentemente e 5= Quase Sempre.

Ao final, estes itens também são organizados em 4 padrões de comportamento associados ao processamento sensorial: exploração, esquiva, sensibilidade e observação. A partir da pontuação obtida, o padrão de processamento sensorial da criança para as sessões do teste será classificado individualmente dentro de um dos seguintes perfis: Muito menos que os outros, Menos que os outros, Exatamente como os outros, Mais que os outros e Muito mais que os outros.

O modelo de processamento sensorial de Winnie Dunn, utiliza-se de princípios da Neurociência e da Teoria de Integração Sensorial para caracterizar e explicar o comportamento de interação do indivíduo com o meio ao qual se relaciona. Neste modelo existem quatro tipos de respostas comportamentais agrupadas em quatro quadrantes sensoriais, a saber: exploração (procura a sensação); esquiva (evita a sensação); sensibilidade; e observação (não percebe a sensação). Estes padrões são

resultado da interação entre o limiar neurológico e o comportamento padrão que o indivíduo manifesta (Dunn, 2014).

-Entrevista semiestruturada:

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Dessa forma, este modelo de entrevista é bastante flexível pois ela possui um roteiro prévio, mas há liberdade para que o entrevistado e entrevistador tenha uma troca mais livre fora do que havia sido planejado, transformando o diálogo em algo mais natural e dinâmico.

A entrevista semiestruturada utilizada foi construída especificamente para esse estudo, cujo objetivo é conhecer a percepção materna sobre o processo de desenvolvimento da criança a partir das intervenções realizadas pelo projeto de extensão ao qual seu filho esteve vinculado.

PROCESSO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL DE INTERVENÇÃO

As sessões de Terapia Ocupacional aconteciam semanalmente numa sequência alternada entre atendimentos presenciais em uma semana e atendimentos remotos na semana seguinte, ambos com duração aproximada de 40 minutos. A equipe que acompanhou a criança era composta por duas estudantes extensionistas e uma professora de Terapia Ocupacional, que dava suporte às extensionistas quando necessário. Além disso, havia a possibilidade da mãe ser atendida pela aluna de Psicologia também colaboradora do projeto de extensão, mas Margarida não aderiu à escuta psicológica nessa edição.

Os atendimentos presenciais eram voltados para as demandas ocupacionais de Artur, apontadas neste trabalho pela COPM e serão descritas a seguir, no decorrer desta pesquisa. A equipe utilizava-se do ambiente lúdico como meio de intervenção voltado para determinada ocupação nos atendimentos presenciais. Dessa forma, as AVDs eram estimuladas através do brincar, além de serem oferecidos diversos tipos de estímulos sensoriais para que a criança tivesse oportunidade de vivenciar novas experiências em um ambiente controlado enriquecido sensorialmente.

No início do acompanhamento a criança apresentava resistência em permanecer na sala de atendimento com as estudantes responsáveis pela intervenção, mesmo acompanhado da mãe que estava presente em todas as sessões presenciais observando os atendimentos. Aos poucos foi se adaptando ao ambiente de modo que chegava ao serviço entusiasmado para os atendimentos.

Em relação aos atendimentos remotos, estes eram mais voltados para orientações junto à mãe da criança. Essas sessões aconteciam via Google Meet com as duas alunas extensionistas, sempre supervisionadas pela docente responsável pela intervenção, que ouviam as demandas da mãe, os novos comportamentos que a criança havia apresentado naquela semana e promoviam orientações à mãe por meio de conversa, cartilhas e outros materiais de apoio que pudessem ajudar naquela ocasião. Além disso, o ambiente domiciliar era apresentado às extensionistas de modo que elas pudessem acompanhar em tempo real a criança brincando em seu ambiente e utilizando os recursos que eram produzidos por elas e levados para casa para que a mãe estimulasse seu filho.

ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise comparativa e descritiva dos resultados antes e depois da intervenção de Terapia Ocupacional, com base nas informações coletadas a partir dos instrumentos de avaliação utilizados, COPM e Perfil Sensorial 2 da Criança Pequena, e dos registros apresentados no prontuário e mídias digitais.

Para conhecer a percepção materna, optou-se pela análise de conteúdo de Laurence Bardin, que se propõe a realizar uma “análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2004, p. 41).

Inicialmente, no período de organização do conteúdo, a entrevista semiestruturada passou pela pré-análise, que perpassa por uma avaliação geral do material a ser aplicado, em seguida, após obter as respostas da entrevista, unimos os resultados das avaliações com as respostas da mãe, a fim de expandir a discussão desse estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados juntamente com as discussões e organizados de acordo com as seguintes categorias:

1. Problemas de desempenho ocupacional e possível relação com o processamento sensorial da criança;
2. A intervenção de Terapia Ocupacional;
3. O impacto da modalidade híbrida na intervenção terapêutica ocupacional.

1) Problemas de desempenho ocupacional e possível relação com o processamento sensorial da criança.

Para conhecer os problemas de desempenho ocupacional da criança, a equipe de Terapia Ocupacional utilizou a COPM. De acordo com os dados apresentados no prontuário, a avaliação inicial foi realizada e o protocolo foi aplicado em 31 de outubro de 2022 em atendimento presencial. A tabela 1 aponta as principais áreas problemas identificadas pela mãe, de acordo com a ordem de prioridade estabelecida, além das pontuações atribuídas na medida de desempenho e de satisfação de cada uma delas.

TABELA 1. Áreas problemas de desempenho ocupacional identificadas pela mãe a partir da COPM na avaliação inicial:

Problemas de Desempenho Ocupacional	Desempenho 1	Satisfação 1
1. Relacionar-se com outros	5	2
2. Levar alimento até a boca	4	2
3. Escovação dos dentes	4	4
4. Parar para brincar (sentar)	6	4

Fonte: Elaborada pelos autores.

Essas áreas problemas apareceram também nos registros dos atendimentos remotos, onde através dos arquivos de mídia foi possível perceber determinados comportamentos da criança quando ele interagia pouco com as extensionistas via videochamada e percorria toda a casa agitado, ou quando ele manuseava apenas

alimentos de textura sólida e fazia uso da escova de dentes de maneira não funcional. Os atendimentos remotos aconteciam com intervalo quinzenal, para que a mãe pudesse ter um momento de escuta e também, para que a equipe de terapia ocupacional tivesse acesso remoto à realidade domiciliar da criança.

Fernandes et al (2022), em seus achados traz que as crianças com TEA quando atendidas via telemonitoramento no período pandêmico apresentavam dificuldade em parar em frente à tela, reconhecer o terapeuta e focar nas atividades que estavam sendo propostas e na fala do terapeuta. Esses achados corroboram com o presente estudo ao qual foi possível perceber que embora a mãe tentasse a participação ativa da criança na videochamada, não conseguia prontamente estabelecer um contato duradouro entre o filho e as extensionistas, por isso esses atendimentos acabavam sendo mais voltados para ouvir e orientar as demandas trazidas por Margarida.

Além do mais, as áreas problemas apresentadas na Tabela 1 também apareceram na fala da mãe quando a mesma foi entrevistada e lhe foi perguntado sobre quando ela percebeu que havia um atraso no desenvolvimento do filho Margarida diz que:

[...] com 6 meses [...] ele balançava muito as mãozinhas...a gente chamava ele e ele não respondia...ele não olhava pra gente (Margarida).

Dessa maneira, percebe-se que tais comportamentos comuns do transtorno na criança, influenciam diretamente na participação social dela, tendo suas relações sociais prejudicadas. Leal et. al. (2020), coaduna com este pensamento quando traz que no TEA, a ausência de comportamentos relevantes para socialização, como contato visual, comunicação interpessoal, seguimento de regras, ou em habilidades requeridas para realizar as atividades de vida diária (AVD), dificultam o convívio social.

Do mesmo modo, Margarida relata na avaliação, que seu filho apresentava agitação excessiva, manipulava brinquedos e explorava todo o ambiente em que estava, por isso não conseguia manter-se em uma única atividade por um tempo considerável, justificando assim, o item “parar para brincar (sentar)” da COPM. Tal comportamento de agitação motora excessiva também é mencionado na entrevista ao se referir aos sinais precoces notados pela mãe:

[...] ele era uma criança assim...muito...agitada também, porque ele gritava bastante...era direto, não parava!”, “(Eu) tinha que tá o tempo

inteiro com ele porque ele saía e queria correr na pontinha dos pés e ele não tinha o controle do corpo (Margarida).

De modo semelhante, a literatura tem sinalizado que as crianças com TEA apresentam características de agitação psicomotora. Em seus achados, Fernandes et. al. (2021) traz que os pais apontam para consequências e impactos deste comportamento no cotidiano quando dizem que essa agitação durante algumas atividades como, por exemplo, o banho e alimentação, é preocupante pois altera a rotina familiar.

Ainda, em relação ao levar o alimento até a boca, pontuado pela mãe na COPM, a criança tem plena capacidade motora para fazê-lo, porém não realizava a atividade quando lhe era apresentado determinados tipos de alimentos com texturas líquidas e/ou pastosas. Esse fato foi verificado nos arquivos de mídia disponíveis do mês de novembro de 2022, onde Artur estava comendo um alimento sólido de maneira independente e manuseando-o sem maiores problemas. Vale ressaltar que esse tópico de alimentação não foi mencionado em nenhum momento pela mãe na entrevista.

No âmbito alimentar, segundo Lemes et. al (2023), pessoas com TEA são as que mais apresentam comportamentos alimentares atípicos, que incluem seletividade alimentar, repertório alimentar limitado, ingestão restrita ou exagerada e dificuldade em permanecer à mesa durante as refeições, por exemplo. As causas podem ser ambientais, cognitivas e comportamentais, que variam desde a necessidade em manter repetitividade e rituais até as próprias características dos alimentos, tais como textura, cor e sabor (Lemes et. al, 2023).

No que se refere à escovação dos dentes, Margarida justifica este item como sendo uma atividade muito difícil de ser realizada, pois seu filho se incomoda e chora muito ao fazer uso da escova e creme dental, de maneira que por vezes ela desiste antes de começar a escovação. De acordo com Chiamulera et. al (2024), a atividade de escovar os dentes deve estar na rotina de todos desde o primeiro dente, porém aceitar e aprender este hábito exige muita persistência e infinitas repetições. Peters, et. al., (2014) em seus achados traz que é bastante comum entre os pais, o relato de dificuldades com o ensino desta atividade para seus filhos, o que se torna um desafio ainda maior para pais de crianças com TEA.

Em relação ao Processamento Sensorial (PS) da criança, a partir da investigação realizada no prontuário da criança, foram observadas queixas associadas a isso. As falas

trazidas por Margarida, durante a entrevista, confirmam as dificuldades sensoriais apresentadas no cotidiano:

Ele com 6 meses eu tinha que ter ajuda pra dar banho nele porque ele não sentava na banheira, na bacia...tinha que ser sempre a água morna, se fosse a água gelada, ele só de tocar os pés ele não queria (Margarida).

No aniversário de um aninho, a gente não tirou uma foto com ele nem sentado, nem em pé, porque ele não ficava no tapete pra pisar, tudo foi no braço! (Margarida).

Esse relato está de acordo com os achados da literatura que diz que as alterações sensoriais são muito frequentes no TEA. Estima-se que 45 a 96% das crianças com TEA apresentam alguma alteração de base sensorial, trazendo prejuízos em seu desenvolvimento e desempenho ocupacional (Chang, et. al., 2014). Nesse exemplo de Artur, citado acima, o sistema tátil parece ser bastante sensível a mudanças de temperatura e essas influenciam diretamente numa de suas atividades de autocuidado.

Nos registros de prontuário a mãe traz que seu filho apresentava aversão à determinadas texturas de alimentos, incomodava-se com luzes, barulhos altos, em alguns momentos não aceitava toques e se sentia incomodado com roupas e/ou tecidos de texturas diferentes, como por exemplo toalha de banho. Dessa forma, foi aplicado o Perfil Sensorial da Criança Pequena 2 (PS2), de Winnie Dunn, a fim de entender melhor o padrão de processamento sensorial da criança. É importante ressaltar que não se faz antes e depois do PS2, uma vez que ele não tem a finalidade de ser um instrumento avaliativo, sua intenção é caracterizar o padrão de processamento sensorial da criança avaliada. Na tabela 2 é possível observar o padrão de processamento sensorial da criança do estudo.

TABELA 2. Padrão de processamento sensorial de Artur de acordo com o Perfil Sensorial 2 da Criança Pequena.

PADRÃO DE PS E SISTEMAS SENSORIAIS	Muito menos que os outros (- -)	Menos que outros (-)	Exatamente como a maioria dos outros (=)	Mais que outros (+)	Muito mais que outros (++)

Exploração	-	22	-	-	-
Esquiva	-	-	-	-	31
Sensibilidade	-	-	-	35	-
Observação	-	-	-	-	29
Geral	-	-	-	-	29
Auditivo	-	-	-	-	26
Visual	-	-	14	-	-
Tato	-	-	-	-	25
Movimentos	-	-	-	21	-
Oral	-	-	9	-	-
Comportamental	-	-	-	-	28

FONTE: Retirado do Perfil Sensorial 2 da Criança Pequena.

O padrão de processamento sensorial de todo indivíduo tem influência direta na execução de suas tarefas do cotidiano (Dunn, 2017), além de influenciar sua relação com o meio trazidas pela mãe e registradas em prontuário sugerem que a criança apresente um Transtorno do Processamento Sensorial - TPS. O TPS resulta em problemas na regulação e organização do grau, intensidade e natureza das respostas a estímulos sensoriais, e dificultam a gradação das respostas de acordo com os estímulos, com manifestações de hiper-reação, hiporreação ou respostas flutuantes (Almohalha, 2020).

Acredita-se que algumas das áreas problemas de desempenho ocupacional apresentadas na **tabela 1** tenham relação com o PS de Artur apresentado na **tabela 2**. De acordo com a **tabela 2**, Artur parece apresentar um padrão de comportamento de hiperreatividade a informações sensoriais percebidas, pois é mais sensível que outras crianças. De acordo com o protocolo aplicado, ele **explora menos que os outros**, apresenta **mais sensibilidade** e se **esquiva muito mais** dos estímulos sensoriais recebidos, que parecem ser mais evidentes quando esses são **auditivos, de movimento e tátil**.

Além disso, o domínio **observação**, que aparece como **muito mais que os outros**, sugere que a criança, embora seja sensível para algumas informações sensoriais,

têm dificuldade em registrar outras, com comportamentos mais passivos, ou seja, ela não percebe as informações e se mantém apática.

Quando se analisa o comportamento das crianças diante das informações sensoriais recebidas, as que são sensíveis ao sistema auditivo podem ter um comportamento de mais isolamento social. Corroborando com essa ideia, Brandwein et. al, (2015) apontam que essas dificuldades de processamento auditivo podem levar a experiências de um ambiente sensorial desorganizado e/ou sobrecarga sensorial, que por sua vez pode levar ao retraimento e a comportamentos sensoriais defensivos do sujeito. Além disso, crianças hipersensíveis ao movimento podem se sentir desconfortáveis em atividades onde precisam correr ou mover-se rapidamente, além de apresentar dificuldades motoras. No caso de Artur, esta alteração se manifestava em um comportamento desajeitado, desequilíbrio ao correr e sentar, esbarrar em objetos no caminho e quedas frequentes. Os registros apontam ainda para uma dificuldade da criança, no início das intervenções, para subir escadas ou qualquer batente, além de mostrar dificuldade com mudança de superfície.

Não obstante, crianças que se esquivam muito mais que outras das sensações táteis podem apresentar uma possível defensividade tátil. No caso de Artur, ele não tolerava toques suaves, nem determinadas texturas em contato com sua pele, apenas permitia contato físico por meio de estímulos de tato profundo. Corroborando com isso, Maia et. al. (2021), traz que algumas crianças com TEA demonstram alterações no processamento sensorial relacionadas à modulação e tendem a apresentar hiperreatividade tátil, Serrano (2016), afirma que crianças hiperreativas sentem os estímulos de forma mais rápida, mais intensa ou durante mais tempo, que crianças com modulação normal. Por isso, podem responder de forma mais intensa e exagerada ao estímulo e podem reagir com comportamentos defensivos de recusa (Souza & Nunes, 2019), como é o caso de Artur.

Essa hiperreatividade, quando está associada ao sistema sensorial oral, esses tendem a manter um padrão alimentar mais rígido, procuram menos outros sabores e texturas de alimento. Esse comportamento também foi observado em Artur, embora o sistema sensorial oral não apareceu com diferença sensorial no protocolo, a mãe trazia a informação de que ele se alimentava sempre com comidas do mesmo sabor, seu almoço por exemplo, precisava sempre ter os pedaços de tomate, assim, suspeita-se da existência também de uma ocorrência de seletividade alimentar. Bandini et. al. (2010), definiram seletividade alimentar considerando três características, a saber: recusa de

alimentos, repertório de dieta limitado e ingestão alimentar única de alta frequência. Ainda, Almeida (2020) coaduna com esse pensamento, quando em seus achados, encontrou quatro estudos com grupos de crianças com TEA para investigar questões de seletividade alimentar, em que desses, três estudos que investigaram a relação entre processamento sensorial e as dificuldades alimentares, encontraram relação entre seletividade alimentar e hiperreatividade (Almeida, 2020).

Já crianças menos exploradoras, quando apresentam um padrão de processamento sensorial de muito mais **observador**, parecem sempre estar avaliando o espaço, ou não registrando o que está acontecendo nele, exatamente como o comportamento observado na criança do estudo, que não explora os ambientes. Souza et. al. (2019) traz em seus achados que em relação aos padrões de hiporesposta, verifica-se uma diminuição das respostas frente a diversos estímulos ou respostas lentificadas. Isto significa dizer que em algumas situações parece que o indivíduo é insensível à dor, movimentos, sons, odores, sabores ou estímulos visuais, como se tivesse uma consciência limitada da informação sensorial, falhando em exibir comportamentos de percepção sensorial.

Essas alterações, de modo geral, na forma de registrar as informações sensoriais recebidas podem impactar diretamente no desempenho ocupacional da criança e limitar sua participação nas ocupações. O comportamento da criança com TPS pode resultar em evasão da atividade, agitação, angústia, medo, confusão, entre outros. Ademais, os TPS podem afetar a criança em um único ou em múltiplos sentidos sensoriais e fazer com que ela manifeste respostas não adaptadas aos estímulos (Almohalha, 2020).

É importante ressaltar que alguns dos problemas apresentados pela mãe, embora não tenham aparecido na entrevista, estão registrados no prontuário de Artur, como também nos arquivos de mídia disponíveis. Nota-se que Margarida enfatiza mais os aspectos positivos que melhoraram após a intervenção, mencionou algumas vezes a mudança da criança:

Eu vejo ele uma outra criança hoje, depois que ele teve intervenção aqui.”, “Todo mundo percebeu [...] as pessoas hoje chega até a duvidar né que a gente fala como ele era, porque tá vendo ele agora...não acredita né?! (Margarida).

3) A intervenção de Terapia Ocupacional;

As intervenções presenciais de terapia ocupacional com a criança tinham duração de 40 minutos e nelas eram utilizadas o brincar como meio, pois assim como propõe Ferland (2006), o brincar é a primeira linguagem da criança, mesmo quando essa não faz uso de palavras. Dessa forma então, brincando a criança experimenta os sentimentos de prazer e de domínio, descobre o mundo à sua volta, cria e se exprime (Ferland, 2006). Tal perspectiva trouxe uma conotação lúdica às intervenções realizadas, a partir do uso de objetos, brinquedos e brincadeiras que remetesse às demandas de desempenho ocupacional trazidas pela mãe.

Além disso, é importante destacar que embora não tenha sido realizada a Terapia de Integração Sensorial de Ayres, a abordagem serviu como referencial teórico para a construção das sessões presenciais, quando eram oferecidos diversos tipos de estímulos sensoriais para que a criança tivesse oportunidade de vivenciar novas sensações e apresentar respostas adaptativas aos desafios apresentados.

Nesse sentido, eram oferecidos à criança no atendimento presencial estímulos proprioceptivos através de almofadas postas sobre o chão para serem pisadas, como sendo uma superfície instável que conseqüentemente minimizava a ponta dos pés da criança. Além disso, faziam uso de um kit espumado com rampa, cubo e escada para que a criança pudesse subir e escorregar com alguma ajuda, pois no começo do atendimento era muito inseguro em relação a subir em qualquer superfície. Havia também um rolo proprioceptivo usado simbolicamente como um trem no qual a criança subia com a terapeuta e lhe era fornecido movimentos horizontais. Ainda sobre os movimentos vestibulares, era oferecida uma cama elástica na sala de atendimento, a criança sempre se esquivava da cama elástica até que nos últimos meses de atendimento resolveu se desafiar junto às terapeutas com os movimentos verticais. Do mesmo modo, a rede de lycra sempre foi oferecida no atendimento, entretanto Artur nunca aderiu ao uso.

Nas sessões presenciais também eram utilizados brinquedos que simulavam AVDs como alimentação, escovação dos dentes, cortar o cabelo, entre outros. Assim, através do lúdico e de maneira didática a criança podia entender melhor a importância dessas atividades. Para além do brincar, a equipe também fazia observação da própria AVD no espaço da clínica, Artur levava seu alimento e com o passar do tempo foi percebido que o desempenho ocupacional da criança nessa atividade se tornou funcional, fazia-a de modo independente, com ajuda mínima para por exemplo abrir

uma embalagem. Ademais, ele era incentivado a passar um tempo maior concentrado em um brinquedo, mas por vezes, a criança apresentava bastante agitação psicomotora. Também foi possível nesses atendimentos, fornecer aproximação da escova de dentes por meio de imitação e brincar simbólico junto as terapeutas.

Para que a criança se sentisse confortável no ambiente, devido a sua hipersensibilidade, às luzes artificiais eram apagadas e a equipe de terapia ocupacional modulava o tom de voz de maneira suave ao interagir com a criança, que respondia melhor que em um ambiente hiper estimulante. Nesse caso, os estímulos eram voltados para os materiais que haviam na sala.

É importante relatar que a generalização do comportamento da criança teve influência das ações da mãe, uma vez que Margarida relatou que espontaneamente, em casa, começou a estimular seu filho com os recursos que tinha e produzia em seu próprio lar, o que nos sugere pensar na relevância de práticas cada vez mais próxima das famílias, para que as mesmas sejam protagonistas da intervenção de seus filhos.

Para verificar o resultado das intervenções realizadas ao longo dos 4 meses que a criança permaneceu no projeto de extensão, foi realizada uma análise comparativa do resultado antes e depois da COPM, além de analisada a fala da mãe sobre esse ponto na entrevista. A tabela 3 aponta esses resultados de maneira objetiva.

TABELA 3. Resultado comparativo antes e depois da COPM

PROBLEMAS DE DESEMPENHO OCUPACIONAL	Desempenho inicial	Desempenho final	Mudança de desempenho	Satisfação Inicial	Satisfação Final	Mudança de satisfação
1.Relacionar-se com outros	5	6	1	2	7	5
2. Levar alimento até a boca	4	8	4	2	8	6
3.Escovação dos dentes	4	6	2	2	7	5
4.Parar para brincar (sentar)	6	7	1	4	7	3
Score Bruto Total	19	27	-	10	29	-
Média	19/4 = 4,7	27/4 = 6,7	2	10/4 = 2,5	29/4 = 7,2	4,7

De acordo com a tabela acima, o resultado comparativo antes e depois da COPM mostra uma diferença de 2 pontos para a medida de **desempenho** e de 4,7 pontos para a medida de **satisfação**, de acordo com a perspectiva da mãe, que foi a responsável pelas informações em todos os momentos da intervenção e das etapas de realização deste estudo.

O manual da COPM indica que mudanças de dois ou mais pontos na COPM são clinicamente relevantes (Magalhães et. al, 2009, p. 29). Com base nesses resultados, percebe-se que tanto para o desempenho como para a satisfação, houveram mudanças clinicamente relevantes. Embora a diferença seja apenas de dois pontos no desempenho, a mãe aparentou estar bastante satisfeita com isso, possivelmente por compreender que a criança de fato se esforça para conseguir êxito nas atividades. Esse dado é reforçado pela fala de Margarida, quando ela diz:

Artur se desenvolveu bastante [...] ele se desenvolveu em questão do banho se tornar um pouco mais fácil, a escovação dos dentes, do cabelo [...] (Margarida).

Além disso, neste trecho da entrevista mencionado acima, é possível perceber que ela citou um dos itens elencados na COPM, o escovar os dentes. As outras atividades como tomar banho e cortar o cabelo, não estavam elencadas como prioridade na avaliação, mas também foram trabalhadas nas sessões de terapia ocupacional presencial.

Em relação a intervenção da Terapia Ocupacional junto à criança com TEA, Cunha (2017) em sua pesquisa, aponta que o terapeuta ocupacional tem diversas maneiras de atuar, ou seja, além do aumento da autonomia e da independência, as propostas das intervenções analisadas por ela, relacionaram-se a habilidades bem específicas, mas também a objetivos abrangentes como o desenvolvimento biopsicossocial e a inclusão escolar. Dessa forma, o terapeuta ocupacional pode fazer uso de uma grande variedade de atividades nas suas intervenções, para conquistar resultados específicos (Cunha, 2017).

Ademais, acredita-se que este resultado de antes e depois também se dá provavelmente por conta da comunicação e linguagem da criança, que foi avançando naturalmente no decorrer das intervenções, facilitando a relação mãe-filho:

[...] foi uma experiência muito boa pra ele e pra mim também porque eu aprendi muita coisa também [...] eu to sabendo lidar com ele e eu aprendi bastante [...] ele se tornou uma criança totalmente diferente e mais fácil da gente lidar com ele (Margarida).

Dessa forma, reforçando este pensamento, entende-se que o estabelecimento de uma comunicação funcional possui impacto direto no desenvolvimento geral e qualidade de vida, possibilitando a autonomia, liberdade de escolha e expressão (Pereira et. al., 2020).

Apesar das melhoras observadas pela mãe, cabe ressaltar que a criança ainda precisa de intervenção, pois, segundo Margarida, Artur melhorou a socialização, mas escolhe com quem quer se relacionar de modo que algumas pessoas o incomodam, como traz a mãe na entrevista:

[...] melhorou também assim...em questão...da socialização dele...que ele não tinha muito, aí a partir do projeto foi que ele veio ter mais contato...com vocês né [...] Quando dizia assim “Artur, a gente vamo ver titia” ele dizia “vamos mãe, vamos” então assim, ele gostava muito de tá aqui! (Margarida).

Essa fala da mãe confirma a dificuldade de socialização característica de uma criança com TEA, que embora seja capaz, ele faz a seleção dos espaços em que se sente mais seguro para construir relações interpessoais, o que pôde ser confirmado ao longo das intervenções realizadas, quando se referia às estagiárias responsáveis por seu acompanhamento. Gaiato (2018), discorre acerca da socialização da pessoa com TEA e dentre muitos fatores, ressalta que grande parte desses indivíduos apresentam dificuldade em se relacionar socialmente de forma adequada e podem não se expressar apropriadamente ou até mesmo demonstrar falta de interesse nas interações com pares.

Sobre a queixa da mãe em relação ao levar alimento até a boca, atualmente Artur realiza a ação com alimentos de consistência sólida e alguns alimentos mais pastosos.

Este fato foi verificado nos arquivos de mídia digital disponíveis tanto de alimentação em casa quanto nas próprias intervenções presenciais. Além disso, a criança aceita e põe a escova de dentes na boca, mas ainda se incomoda com a escovação; e por fim, aumentou seu tempo de permanência em brincadeiras (parar para brincar - sentar), entretanto, não dura muito tempo, sua atenção àquela atividade dura em torno de 5 minutos.

Ao observar a avaliação inicial da COPM, apresentada na Tabela 1, nota-se que o nível de satisfação é mais baixo que o nível de desempenho percebido pela mãe nas atividades elencadas, este fato aponta para um possível nível de sofrimento mental/preocupação da cuidadora em relação ao desenvolvimento do filho. Tal inferência sobre o sofrimento mental, pode ser respaldada quando a mãe traz:

[...] eu tava com muito medo de ficar com ele em casa sem saber o que fazer né [...] era muito sofrido pra ele e pra gente também da família”
(Margarida).

Do mesmo modo, nos achados de Smeha & Cezar (2011), estudiosos afirmam que quando os pais buscam algum tratamento para seu filho, chegam sempre com um discurso perpassado por angústia e incompreensões. Entretanto, apesar da angústia no início das intervenções, na reavaliação nota-se que embora a criança tenha avançado de fato em seu desempenho, a satisfação da mãe é significativamente maior que o desempenho de seu filho, demonstrando possível alívio e segurança sobre o desenvolvimento dele e perspectivas de futuro:

[...] eu acho que de cem por cento, Artur melhorou oitenta e cinco por cento!” (Margarida).

4) O impacto da modalidade híbrida de intervenção terapêutica ocupacional

A resolução nº.516 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (COFFITO, 2020), dispõe sobre a permissão do atendimento não presencial nas modalidades de teleconsulta, teleatendimento e telemonitoramento durante o período pandêmico. As características do modelo de telemonitoramento foram adotadas no projeto de extensão “Atenção Integrada à criança com deficiência outros transtornos

e à família” de maneira híbrida, intercalando esses telemonitoramentos síncronos, chamados encontros remotos, com os encontros presenciais.

Ao ser questionada sobre a importância da intervenção híbrida em terapia ocupacional, Margarida ressalta:

[...] o remoto foi muito bom, não só assim, em questão de a gente tá em casa no nosso lar, não precisar se deslocar pra outro lugar com ele porque já é difícil andar com ele dentro de carro, dentro de ônibus, sabe?! (Margarida).

Com isso, vê-se que a mãe reconhece a importância do fazer no próprio contexto real do indivíduo, que é onde a vida acontece. Ainda, diante da fala de Margarida, é possível inferir que além da comodidade do lar, os riscos e as dificuldades dos deslocamentos com a criança como por exemplo uma crise de *Meltdown*¹ dentro do carro ou ônibus devido ao excesso de estímulos, podem ser atenuados com o telemonitoramento.

Apesar dos benefícios do telemonitoramento, podem haver alguns desafios nessa modalidade como por exemplo os aparelhos tecnológicos travando, falha na internet, e até mesmo a falta de acesso a internet como apontam Priyadharsini e Chiang (2020), em seu estudo. Outrossim, vale ressaltar que a possibilidade do terapeuta fazer uma observação do contexto da criança presencialmente quando possível, é fundamental.

Além disso, em sua fala, Margarida reconhece o apoio do raciocínio profissional do terapeuta ocupacional quando diz:

[...] isso (o teleatendimento) fez a diferença também pra tipo a gente tá em casa então vão dizer (a equipe) o que tá acontecendo aqui dentro de casa [...] porque a gente não tem a noção...(se) a gente tá acertando né, e vocês veem! (Margarida).

Ao recorrer à literatura, nota-se que existem achados que apontam para a experiência de pais com filhos diagnosticados com TEA em sessões de Terapia

¹ Meltdown, também conhecido como “colapso”, é uma crise explosiva devido a desregulação emocional da pessoa com TEA, ao qual nesse momento, pode apresentar comportamentos extremos como repetitivos e agressivos, por exemplo.

Ocupacional realizadas através da Telessaúde, e destaca o empoderamento dos pais no cuidado de seus filhos, onde foi possibilitado a eles reflexões sobre situações impostas pela terapia e a elaboração de novas estratégias em uma colaboração mútua entre pais e terapeuta (Hermes, et. al., 2022).

Barbosa et. al. (2012), traz que ao reconhecer a importância da família como partícipe no cuidado, os profissionais de saúde precisam estar junto dela, ouvindo-a sobre seus medos, dúvidas e necessidades e apoiando-a para que possa cuidar de sua criança da melhor forma possível. Tal perspectiva endossa este trecho da entrevista:

[...] o projeto busca melhorar não só a criança/o paciente, mas também a família...não vê só o lado da criança, do paciente, o que ele precisa...mas também busca entender a família, ajudar[...] (Margarida).

Portanto, ao ampliar o olhar da situação para além da criança, a família se sente vista, como pode-se perceber na fala da mãe:

[...] eu me senti em casa, eu me senti acolhida (Margarida).

Valverde et. al. (2022) coaduna com esse argumento quando traz em seus achados que a maioria dos pais relataram se sentirem mais seguros e competentes para auxiliar e apoiar a intervenção terapêutica ocupacional no ambiente domiciliar e cotidiano das crianças. Dessa forma, vê-se que no atendimento híbrido a família pode encontrar um espaço de acolhimento e compreensão para suas dificuldades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo de caso, pode-se dizer que a intervenção da Terapia Ocupacional na modalidade híbrida para esta criança com TEA melhorou seu desempenho ocupacional, sendo capaz de modificar a percepção da mãe e de seus familiares sobre a capacidade da criança. Além disso, destaca-se também que por meio do uso das tecnologias atuais como videochamada em tempo real, há a possibilidade de o terapeuta ocupacional conhecer o ambiente da criança sem comparecer presencialmente ao local. Certamente as visitas presenciais são fundamentais no processo terapêutico-ocupacional, entretanto, em casos peculiares como por exemplo a

distância entre as cidades onde as famílias residem e os serviços nos quais são atendidas, considerar a possibilidade de atendimento híbrido pode facilitar a questão do acesso a esse tipo de intervenção para a criança. Dessa forma, esse resultado aponta ainda para uma perspectiva inovadora da modalidade híbrida na prática da Terapia Ocupacional, como uma possibilidade de ferramenta complementar aos acompanhamentos presenciais. Por ser uma prática recente e ainda pouco utilizada de maneira recorrente, sugerimos a realização de ensaios futuros com um maior número de participantes, para confirmar os benefícios da intervenção híbrida para a população de crianças com TEA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, B. F. P. (2020). Autismo, seletividade alimentar e transtorno do processamento sensorial: Revisão de literatura (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Pós-graduação em Transtorno do Espectro do Autismo). Recuperado em 12 de março de 2024, de https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/35947/1/TCC%20TEA%20Seletividade%20alimentar%20e%20TPS_%20%28vers%C3%A3o%20final%29.pdf

Almohalha, L. (2020). Intervenção de terapia ocupacional junto a crianças com transtorno do processamento sensorial. In: Pfeifer, A. L. I. & Sant'Anna, M. M. M. (Eds.), *Terapia Ocupacional na Infância: procedimentos na prática clínica*. (pp. 220-230) Campinas: Memnon.

American Psychiatric Association - APA. (2018). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Gomes, M. D., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo 4ª Edição*.

Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., Maslin, M., & Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of Pediatrics*, 157(2), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.013>

Barbosa, M. A. M., Balieiro, M. M. F. G., & Pettengill, M. A. M. (2012). Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (p. 41). São Paulo: Edições 70.

Brandwein, A. B., Foxe, J. J., Butler, J. S., et al. (2015). Neurophysiological Indices of Atypical Auditory Processing and Multisensory Integration are Associated with Symptom Severity in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(1), 230–244. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2212-9>

Bregalda, M. M., Correia, R. L., Amado, C. F., & Omura, K. M. (2020). Ações da terapia ocupacional frente ao coronavírus: reflexões sobre o que a terapia ocupacional não deve fazer em tempos de pandemia. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 4(3), 269-271.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. (2023). Atlanta: Geórgia. Recuperado em 21 de julho de 2023, de <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/measuring>.

Chang, Y. S., Owen, J. P., Desai, S. S., Hill, S. S., Arnet, A. B., Harris, J., et al. (2014). Autism and sensory processing disorders: shared white matter disruption in sensory pathways but divergent connectivity in social-emotional pathways. *PLoS One*, 9(7), e103038. Recuperado em 18 de março de 2024, de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0103038>

Chiamulera, L. G. B., Egídio, A., & Portes, J. R. M. (2024). Pistas Visuais e Videomodelação para Escovação de Dentes em pessoas com Transtorno do Espectro Autista: revisão integrativa da literatura. *Revista Educação Especial*, 37(1), e5/1–25. <https://doi.org/10.5902/1984686X74069>

COFFITO. (2020). Resolução nº 516, de 20 de março de 2020 - Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria. *Diário Oficial da União*. Recuperado de 22 de março de 2024, de <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20suspens%C3%A3o%20tempor%C3%A1ria,pela%20Pandemia%20do%20COVID%2D19>.

Cunha, C. V. de O. (2017). Terapia ocupacional e transtorno do espectro autista: Um estudo de revisão bibliográfica (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio de Janeiro). Recuperado em 15 de março de 2024, de <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/20446/1/CVieira.pdf>

Dunn, W. (2014). *Perfil Sensorial 2: manual do usuário*. Pearson.

Dunn, W. (2017). *Vivendo sensorialmente: entendendo seus sentidos*. São Paulo: Editora Pearson Clinical Brasil.

Ferland, F. (2006). O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional (3ª ed.). São Paulo: Roca.

Fernandes, A. D. S. A., Polli, L. M., & Martinez, L. B. A. (2021). Características psicomotoras e sensoriais de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) em atendimento terapêutico ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 137–146.

Fernandes, A. D. S. A., Farias, A. Z., Aureliano, I., & Polli, L. M. (2022). O telemonitoramento como estratégia de intervenção da terapia ocupacional com crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista no contexto pandêmico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3091. Recuperado em 19 de março de 2024, de <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/LPYK4vdDR5BmVyTCyySZ5fr/?format=pdf&lang=pt>

Gaiato, M. (2018). *SOS autismo: guia completo para entender o Transtorno do Espectro Autista*. São Paulo: nVersos Editora.

Hermes, J. B., Timm, E. C., Minato, J. P., Beltrame, V. H., & Peruzzolo, D. L. (2022). A prática clínica de terapia ocupacional em tempos de pandemia: a intervenção precoce através da tele saúde. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 6(1), 1036-1043. Recuperado em 12 de março de 2024, de <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/41664>

Leal, B. S. F. M., Gradim, L. C. C., & Souza, V. R. B. (2020). Habilidades sociais em crianças com transtorno do espectro autista: uma análise da prática em Terapia Ocupacional. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 5(6), 121-131. Recuperado em 15 de março de 2024, de <https://revistas.ufrj.br>

Lemes, M. A., Garcia, G. P., Carmo, B. L. do, Santiago, B. A., Teixeira, D. D. B., Junior, F. A., & Cola, P. C. (2023). Comportamento alimentar de crianças com transtorno do espectro autista. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 72(3), 136-142. Recuperado em 18 de março de 2024, de <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/t4CjvXxkH4VvL9qGSZG8MDr/?format=pdf>

Magalhães, L. de C., Magalhães, L. V. & Cardoso, A. A. (Orgs.), (2009). *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional* (p.29). Editora UFMG.

Maia, B. M., Santos, T. C. & Costa, S. A. Os impactos da hiper-responsividade tátil no desenvolvimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (2021). In: Oliveira, A. I. A., Zaparali, D. A. & Pinheiro, M. A. (Orgs.), *Coletânea de estudos em Integração Sensorial* (pp. 60-68) Farol, Maceió: Awking Editora.

Pereira, E. T., Montenegro, A. C. de A., Rosal, A. G. C., Figueiredo Walter, C. C., (2020). Comunicação alternativa e aumentativa no transtorno do espectro do autismo: impactos na comunicação. *CoDAS*, 32(6), e20190167. Recuperado em 22 de março de 2024 de <https://codas.org.br/>

Peters, C., Hermann, T., Wachsmuth, S., & Hoey, J. (2014). Automatic task assistance for people with cognitive disabilities in brushing teeth: A user study with the tebra system. *ACM Transactions on Accessible Computing*, 5, 34. Recuperado em 14 de março de 2024, de <https://dl.acm.org/doi/10.1145/2579700>

Priyadharsini, H., & Chiang, J. J. (2020). Embracing telehealth: supporting young children and families through occupational therapy in Singapore during COVID-19. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 76(2), 90-93. Recuperado em 14 de abril de 2024, de <http://dx.doi.org/10.1080/14473828.2020.1822574>.

Serrano, P. (2016). *A integração sensorial no desenvolvimento e aprendizagem da criança*. São Paulo: Papa Letras.

Silva, M. R.; Silva, P. C.; Rabelo, H. D.; Vinhas, B. C. V. A Terapia Ocupacional pediátrica brasileira diante da pandemia da COVID-19: reformulando a prática profissional. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.422-437, 2020. Recuperado em 12 de março de 2024, de <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/34171>

Silva, A. P., Pacheco, L. M. F., Leitão, F. N. C., Cavalcanti, M. P. E., Rocha, J. B. F., Moraes, S. D. T. A., & Bezerra, I. M. P. (2021). Estado de saúde mental e qualidade de vida das pessoas com deficiência em isolamento social. *Journal of Human Growth and Development*, 31(3), 470-475. Recuperado em 20 de março de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v31n3/pt_12.pdf

Adicione títulos (Formatar > Estilos de parágrafo) e eles vão aparecer no seu sumário.

Smeha, L. N., & Cezar, P. K.. (2011). A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicologia Em Estudo*, 16(1), 43–50. Recuperado em 18 de março de

2024, de

<https://www.scielo.br/j/pe/a/QypM8WrpBcGX9LnwfvvgqWpK/abstract/?lang=pt>

Souza, R. F., & Nunes, D. R. P. (2019). Transtornos do processamento sensorial no autismo: algumas considerações. *Revista Educação Especial*, 32. Recuperado em 20 de março de 2024, de <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/30374>

Souza, V. R. B. (2020). A atuação do terapeuta ocupacional com base na teoria de integração sensorial na assistência de crianças com transtorno do espectro autista (TEA) durante a pandemia da COVID-19. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 4(3), 371-379. Recuperado em 15 de março de 2024, de <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/34026>

Valverde, A., Pêgo, C., Silva, E. F. P., Navarro, K. C. S. F., Bispo, L., Pereira, R. P. C., Barcelos, T. L., Figueiredo, V., Ferreira, Y. C. P., & Cardoso, A. A. (2022). Terapia ocupacional e telessaúde: relato de experiência de atendimento a criança com transtornos do desenvolvimento. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 6(1), 1044-1052. Recuperado em 15 de março de 2024, de <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/42793>.

ANEXOS

ANEXO 1 - Perfil Sensorial 2 da Criança Pequena



CRIANÇA PEQUENA

PERFIL SENSORIAL 2

Winnie Dunn, PhD, OTR, FAOTA

Questionário do cuidador

7 a 35 meses

APENAS PARA USO INTERNO			
Cálculo da idade da criança			
	Ano	Mês	Dia
Data do teste			
Data de nascimento			
Idade			

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

Sobrenome da criança: _____ Número de RG: _____

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

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

Nome do examinador/Provedor de serviços: _____

Profissão do examinador/Provedor de serviços: _____

Preenchido por/Nome do cuidador: _____

Relacionamento entre o cuidador e a criança: _____

Nome da creche: _____

Esta criança nasceu prematura? ☐ Sim ☐ Não Se sim, nasceu com quantas semanas? _____

Em qual ordem seu/sua filho(a) nasceu em relação aos irmãos (por exemplo, 1º/1ª filho(a), 3º/3ª filho(a), etc.)?

☐ Filho(a) único(a) ☐ 1º/1ª ☐ 2º/2ª ☐ 3º/3ª ☐ 4º/4ª ☐ 5º/5ª ☐ Outro(a) _____

Houve mais de três pessoas com idades entre 0 meses e 18 anos vivendo em seu domicílio durante os últimos 12 meses? ☐ Sim ☐ Não

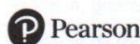
INSTRUÇÕES

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

Use estas orientações para marcar suas respostas:

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

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



PsychCorp é uma marca da Pearson Clinical Assessment.

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

L.000000267



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

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



Quase sempre = 90% ou mais	Frequentemente = 75%	Metade do tempo = 50%	Ocasionalmente = 25%	Quase nunca = 10% ou menos
----------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

Quadrante	Item	Processamento GERAL					Não se aplica
		Quase sempre	Frequentemente	Metade do tempo	Ocasionalmente	Quase nunca	
		5	4	3	2	1	0
		Meu/minha filho(a)...					
SN	1	precisa de uma rotina para permanecer satisfeito(a) ou calmo(a).					
SN	2	age de uma forma que interfere nas programações e planos da família.					
EV	3	resiste em brincar no meio de outras crianças.					
	4	leva mais tempo do que crianças da mesma idade para responder a perguntas ou ações.					
	5	se afasta de situações.					
	6	tem um padrão de sono imprevisível.					
	7	tem um padrão de alimentação imprevisível.					
	8	é despertado(a) facilmente.					
OB	9	não faz contato visual comigo durante interações no dia a dia.					
EV	10	fica ansioso(a) em situações novas.					

Pontuação bruta GERAL

Comentários sobre o processamento GERAL:

Quadrante	Item	Processamento AUDITIVO					Não se aplica
		Quase sempre	Frequentemente	Metade do tempo	Ocasionalmente	Quase nunca	
		5	4	3	2	1	0
		Meu/minha filho(a)...					
OB	11	presta atenção apenas se eu falar alto.					
OB	12	presta atenção apenas quando eu o toco (e a audição é normal).					
SN	13	se assusta facilmente com sons, em comparação com crianças da mesma idade (por exemplo, cachorro latindo, crianças gritando).					
OB	14	se distrai em condições barulhentas.					
OB	15	ignora sons, incluindo a minha voz.					
SN	16	fica chateado(a) ou tenta escapar de condições barulhentas.					
	17	leva bastante tempo para responder ao próprio nome.					

Pontuação bruta AUDITIVA

Comentários sobre o processamento AUDITIVO:

Quase sempre = 90% ou mais	Frequentemente = 75%	Metade do tempo = 50%	Ocasionalmente = 25%	Quase nunca = 10% ou menos
----------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

Quadrante	Item	Processamento VISUAL Meu/minha filho(a)...	Quase sempre	Frequentemente	Metade do tempo	Ocasionalmente	Quase nunca	Não se aplica
			5	4	3	2	1	0
EX	18	gosta de olhar para objetos em movimento ou rotação (por exemplo, ventiladores de teto, brinquedos com rodas).						
EX	19	gosta de olhar para objetos brilhantes.						
EX	20	é atraído(a) por telas de TV ou de computador com desenhos intensamente coloridos, em ritmo acelerado.						
	21	se assusta com luzes brilhantes ou imprevisíveis (por exemplo, ao se deslocar de um ambiente interno a um externo).						
	22	se incomoda com luzes brilhantes (por exemplo, se esconde da luz solar que reluz através da janela do carro).						
OB	23	se incomoda mais com luzes brilhantes do que outras crianças da mesma idade.						
Pontuação bruta VISUAL								
OB	24	empurra brinquedos de coloração brilhante para longe de si.*						
OB	25	não responde à sua imagem no espelho.*						

*Este item não faz parte da Pontuação bruta VISUAL.

Comentários sobre o processamento VISUAL: _____

Quadrante	Item	Processamento do TATO Meu/minha filho(a)...	Quase sempre	Frequentemente	Metade do tempo	Ocasionalmente	Quase nunca	Não se aplica
			5	4	3	2	1	0
SN	26	fica incomodado(a) quando suas unhas são aparadas.						
EV	27	resiste a ser abraçado.						
EV	28	se incomoda ao se deslocar entre espaços com temperaturas muito diferentes (por exemplo, mais frio, mais morno).						
EV	29	se afasta após ter contato com superfícies ásperas, frias ou grudentas (por exemplo, carpete, bancadas).						
OB	30	esbarra em coisas, sem conseguir notar objetos ou pessoas no caminho.						
SN	31	remove roupas ou resiste a vesti-las						
Pontuação bruta do TATO								
EX	32	gosta de brincar de espirrar água durante o banho ou na natação.*						
EV	33	se incomoda se suas próprias roupas, mãos ou rosto estão sujos.*						
SN	34	demonstra ansiedade ao caminhar ou engatinhar em certas superfícies (por exemplo, grama, areia, carpete, azulejos).*						
EV	35	se afasta de toques inesperados.*						

* Este item não faz parte da Pontuação bruta do TATO.

Comentários sobre o processamento do TATO: _____

Quase sempre = 90% ou mais	Frequentemente = 75%	Metade do tempo = 50%	Ocasionalmente = 25%	Quase nunca = 10% ou menos
----------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

Quadrante	Item	Meu/minha filho(a)...	Processamento de MOVIMENTOS					Não se aplica
			Quase sempre	Frequentemente	Metade do tempo	Ocasionalmente	Quase nunca	
			5	4	3	2	1	0
EX	36	gosta de atividade física (por exemplo, pular, ser erguido(a) bem alto).						
EX	37	gosta de atividades rítmicas (por exemplo, balançar, ser embalado, passeios de carro).						
EX	38	se arrisca ao se movimentar ou escalar.						
SN	39	se incomoda quando colocado(a) de barriga para cima (por exemplo, para ser trocado(a)).						
OB	40	parece ter propensão para acidentes ou ser desastrado(a).						
Pontuação bruta de MOVIMENTOS								
SN	41	reclama quando é movimentado(a) (por exemplo, ao caminhar, ao ser entregue para outra pessoa).*						

*Este item não faz parte da Pontuação bruta de MOVIMENTOS.

Comentários sobre o processamento de MOVIMENTOS: _____

Quadrante	Item	Meu/minha filho(a)...	Processamento de SENSIBILIDADE ORAL					Não se aplica
			Quase sempre	Frequentemente	Metade do tempo	Ocasionalmente	Quase nunca	
			5	4	3	2	1	0
EV	42	mostra uma aversão evidente à maioria dos alimentos, com exceção de algumas opções.						
	43	baba.						
SN	44	prefere uma textura de alimentos (por exemplo, macio, crocante).						
OB	45	bebe para se acalmar.						
SN	46	tem ânsia de vômito com alimentos ou bebidas.						
	47	mantém a comida nas bochechas antes de engolir.						
SN	48	apresenta dificuldade na transição do leite materno para a alimentação sólida.						
Pontuação bruta de SENSIBILIDADE ORAL								

Comentários sobre o processamento de SENSIBILIDADE ORAL: _____

Quase sempre = 90% ou mais	Frequentemente = 75%	Metade do tempo = 50%	Ocasionalmente = 25%	Quase nunca = 10% ou menos
----------------------------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

Quadrante	Item	Respostas COMPORTAMENTAIS associadas ao processamento sensorial					
			Quase sempre	Frequentemente	Metade do tempo	Ocasionalmente	Quase nunca
		Meu/minha filho(a)...	5	4	3	2	1
EV	49	faz birra.					
	50	é muito apegado e dependente.					
	51	se acalma somente quando é segurado(a) no colo.					
SN	52	mostra inquietude ou irritabilidade.					
EV	53	se incomoda com novos ambientes.					
EV	54	fica tão incomodado(a) em novos ambientes que se torna difícil de acalmá-lo(a).					

Pontuação bruta COMPORTAMENTAL

Comentários sobre respostas COMPORTAMENTAIS: _____

APENAS PARA USO INTERNO

LEGENDA DOS ÍCONES	
EX	Exploração
EV	Esquiva
SN	Sensibilidade
OB	Observação
	Nenhum quadrante

LEGENDA DA PONTUAÇÃO	
5	Quase sempre = 90% ou mais
4	Frequentemente = 75%
3	Metade do tempo = 50%
2	Ocasionalmente = 25%
1	Quase nunca = 10% ou menos

Observações



CRIANÇA PEQUENA

PERFIL SENSORIAL 2

RESUMO DA PONTUAÇÃO

Tabela do quadrante

Instruções

Leia com atenção as instruções detalhadas sobre a pontuação manual no capítulo 4 do Manual do usuário para o Perfil Sensorial 2. Transfira as pontuações brutas do item a partir do Questionário do cuidador. Some as pontuações brutas de cada coluna para obter as Pontuações brutas totais do Quadrante.

Exploração/Criança exploradora		Esquiva/Criança que se esquiva		Sensibilidade/Criança sensível		Observação/Criança observadora	
Item	Pontuação bruta	Item	Pontuação bruta	Item	Pontuação bruta	Item	Pontuação bruta
18		3		1		9	
19		10		2		11	
20		27		13		12	
32		28		16		14	
36		29		26		15	
37		33		31		23	
38		35		34		24	
Pontuação bruta total do Quadrante de exploração		42		39		25	
		49		41		30	
		53		44		40	
		54		46		45	
		Pontuação bruta total do Quadrante de esquiva		48		Pontuação bruta total do Quadrante de observação	
				52			
				Pontuação bruta total do Quadrante de sensibilidade			

DESTAQUE ESSA PÁGINA

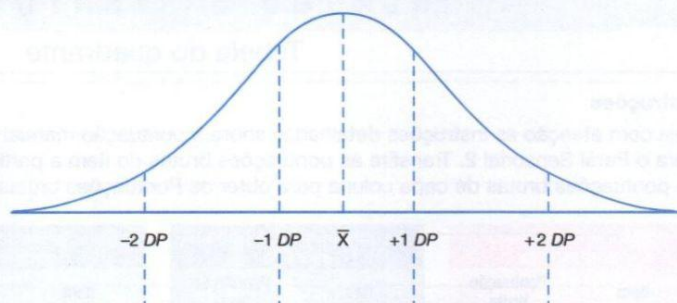
Pontuações resumidas

Instruções

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

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

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



		Pontuação bruta total	Faixa de percentil ^a	◀ Menos que outros(as)		Mais que outros(as) ▶		
				Muito menos que outros(as)	Menos que outros(as)	Exatamente como a maioria dos(as) outros(as)	Mais que outros(as)	Muito mais que outros(as)
Quadrantes	Exploração/Criança exploradora	/35		0-----17	18-----22	23-----33	34-----35	**
	Esquiva/Criança que se esquiva	/55		0-----5	6-----10	11-----21	22-----26	27-----55
	Sensibilidade/Criança sensível	/65		0-----6	7-----12	13-----27	28-----34	35-----65
	Observação/Criança observadora	/55		0-----3	4-----9	10-----21	22-----26	27-----55
Seções sensoriais e comportamentais	Geral	/50		0-----5	6-----10	11-----22	23-----27	28-----50
	Auditivo	/35		0-----2	3-----5	6-----14	15-----17	18-----35
	Visual	/30		0-----5	6-----10	11-----19	20-----24	25-----30
	Tato	/30		0-----1	2-----5	6-----13	14-----16	17-----30
	Movimentos	/25		0-----9	10-----12	13-----20	21-----23	24-----25
	Oral	/35		0-----1	2-----5	6-----15	16-----19	20-----35
	Comportamental	/30		0-----3	4-----6	7-----14	15-----17	18-----30

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

** Nenhuma pontuação se encontra disponível para esta faixa.

Definições do quadrante

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

ANEXO 2 - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock²

Nome do cliente: _____	Idade: _____	Sexo: _____
Entrevistado: _____ (se não for o cliente)	Registro nº: _____	
Terapeuta: _____	Data da avaliação: _____	
Clinica/Hospital: _____	Programa: _____	Data prevista para reavaliação: _____
		Data da reavaliação: _____

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

A. Autocuidado		Importância
Cuidados pessoais (ex.: vestuário, banho, alimentação, higiene)	_____	

Mobilidade funcional: (ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)	_____	

Independência fora de casa: (ex.: transportes, compras, finanças)	_____	

B. Produtividade		Importância
Trabalho (remunerado/não-remunerado) (ex.: procurar/manter um emprego, atividades voluntárias)	_____	

Tarefas domésticas (ex.: limpezas, lavagem de roupas, preparação de refeições)	_____	

Brincar/Escola (ex.: habilidade para brincar, fazer o dever de casa)	_____	

C. Lazer		Importância
Recreação tranquila (ex.: hobbies, leitura, artesanato)	_____	

Recreação ativa (ex.: esportes, passeios, viagens)	_____	

Socialização (ex.: visitas, telefonemas, festas, escrever cartas)	_____	

¹ Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Livia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

² Publicado pela CAOT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

PASSO 4: REAVALIAÇÃO

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
$\text{Pontuação Total} = \frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{Nº de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Avaliação inicial:

Reavaliação:

¹ Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Livia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

² Publicado pela CAOT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollack, 2000

ANEXO 3 - Normas da Revista Cadernos de Terapia Ocupacional



FORMATO

Textos em português, inglês ou espanhol, digitados em arquivo do programa Microsoft Word 2007 ou posterior, papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação.

2. Estrutura do Texto

Resumo e Abstract: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e, no máximo, 250. Preferencialmente, adotar explicitação da estrutura do trabalho, com colocação de subtítulos (Introdução, Objetivos, Método, Resultados e Conclusão). Devem preceder o texto e estar em português e inglês.

Palavras-chave: De três a seis, em língua portuguesa e inglesa, apresentadas após o resumo e após o abstract, respectivamente. As palavras-chave deverão vir separadas por vírgulas. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – <http://decs.bvs.br>) e/ou o Sociological Abstracts.

Tabelas: Devem estar citadas no texto através de numeração crescente (ex.: tabela 1, tabela 2, tabela 3) e apresentar legenda numerada correspondente à sua citação. As tabelas deverão ser apresentadas em formato editável (indica-se, preferencialmente, o uso do programa Microsoft Word 2007 ou posterior para preparação e envio das tabelas em formato .doc). Tabelas devem estar também devidamente identificadas e em escala de cinza. As tabelas devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento ou na forma de anexos.

Figuras: As figuras (diagramas, gráficos, quadros, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas e em preto e branco, e devem estar perfeitamente legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem ser encaminhadas como documentação suplementar, em arquivos separados e com a respectiva legenda. Todo diagrama, gráfico, quadros, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura.

Os textos podem apresentar no máximo cinco figuras e/ou tabelas.

Citações e Referências

Citações no texto: O nome dos autores deve ser grafado com apenas as iniciais maiúsculas, seguido da data de publicação da referência. Ex: “Segundo Silva (2009), [...]” ou (Silva, 2009). Quando houver dois autores, os nomes devem estar separados por “&”. Ex: “Segundo Amarantes & Gomes (2003) [...]” ou (Silva & Santos, 2010). Quando existirem mais de dois autores em citações dentro ou fora dos parênteses, deve-se apresentar o nome do primeiro autor seguido da expressão “et al.”. Toda a bibliografia utilizada e citada no texto deverá, obrigatoriamente, estar na lista de referências, assim como toda a lista de referências deverá estar citada no texto.

As citações diretas (transcrição textual de parte da obra do autor consultado) com menos de três linhas devem ser inseridas no corpo do texto entre aspas duplas; as citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas do texto com recuo de 4 cm da margem esquerda, com o tamanho da fonte um ponto menor que o da fonte utilizada no texto e sem aspas (nesses casos, é necessário especificar na citação a(s) página(s) da fonte consultada)

Referências: Os autores são responsáveis pela exatidão das referências citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da APA, detalhadas na 6ª edição do *Publication Manual of the American Psychological Association*. Tutoriais com orientações para a elaboração das referências também podem ser encontrados no site <http://www.apastyle.org>. Ao final do trabalho, as referências devem ser apresentadas e ordenadas alfabeticamente, conforme os exemplos:

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



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



IDENTIFICAÇÃO

Nome:	
Idade:	Sexo:

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Quando você percebeu que havia um atraso no desenvolvimento do seu filho?
- 2) Por que você buscou o serviço de terapia ocupacional?
- 3) O que você achou do acompanhamento realizado com o seu filho através do projeto de extensão proposto?
- 4) Considere as atividades do cotidiano que seu filho realiza, como você compara o desempenho dele antes e após a intervenção de Terapia Ocupacional?
- 5) Como mãe, de que forma o atendimento de Terapia Ocupacional na modalidade híbrida contribuiu para o seu cuidado diário com ele?
- 8) Sobre os demais membros da família que convivem com seu filho, eles perceberam alguma mudança positiva no comportamento da criança, levando em consideração o período antes e depois da intervenção de Terapia Ocupacional? Se sim, me conte um pouco dessa percepção.
- 9) Para você, o atendimento remoto realizado fez alguma diferença? Se sim, me fale um pouco sobre isso?
- 10) Para você, o desenvolvimento do seu filho mudou após a intervenção de Terapia Ocupacional? Se sim, fale um pouco sobre isso.