



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

LEILA MARIA QUILES CESTARI

**UMA ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONTRIBUIÇÕES DO MÉTODO TERAPIA
OCUPACIONAL DINÂMICA PARA INSERÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS
AUTISTAS.**

São Carlos - SP
2024

LEILA MARIA QUILES CESTARI

**UMA ANÁLISE SITUACIONAL DAS CONTRIBUIÇÕES DO MÉTODO TERAPIA
OCUPACIONAL DINÂMICA PARA INSERÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS
AUTISTAS.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Terapia Ocupacional como parte obrigatória
para obtenção do título de Doutora em Terapia
Ocupacional pela Universidade Federal de São
Carlos – UFSCar.

Área de concentração: Processos de Intervenção
em Terapia Ocupacional.

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social
e Saúde Mental.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Taís Quevedo Marcolino

São Carlos - SP

2024

CESTARI, LEILA MARIA QUILES

Uma análise situacional das contribuições do Método Terapia Ocupacional Dinâmica para inserção social de crianças autistas. São Carlos, 2024.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Terapia Ocupacional como parte obrigatória para
obtenção do título de Doutora em Terapia
Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos
– UFSCar.

Aprovado em 12 de dezembro de 2024.

Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Taís Quevedo Marcolino

Instituição: PPGTO- Universidade Federal de São Carlos

Comissão Julgadora

Prof^ª. Dr^ª. Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes

Instituição: PPGTO-Universidade Federal de São Carlos

Prof^ª. Dr^ª. Maria Fernanda Barboza Cid

Instituição: PPGTO-Universidade Federal de São Carlos

Prof^ª. Dr^ª. Angélica da Silva Araújo

Instituição: Universidade de São Paulo- Campus Ribeirão Preto - USP-RP

Prof. Dr. Alexandre Cardoso da Cunha

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

DEDICATÓRIA

À Jô Benetton (in memoriam), por ter criado o Método Terapia Ocupacional Dinâmica que possibilita transformar tantas vidas, inclusive a minha!

Ao Luis e ao Alexandre, por todo o amor, força e apoio incondicional durante esse percurso e todos os outros que percorremos e iremos percorrer juntos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a toda a equipe espiritual por mais esta etapa concluída em minha vida, por me mostrar todos os dias que a crença (fé) e o amor trazem leveza e auxiliam na superação dos momentos difíceis, porque eles também passam.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Taís Quevedo Marcolino, por ser uma fonte de inspiração e afeto, por acreditar em mim, enxergar além das minhas dificuldades e me ajudar a superá-las, por acolher minhas angústias teóricas vivenciadas na prática e transformá-las em pesquisa de uma forma extremamente amorosa e respeitosa.

Agradeço carinhosamente à Prof^ªDr^ª Ana Paula Mastropietro, por tudo e por tanto, por ter me apresentado, ainda na graduação, o Método de Terapia Ocupacional Dinâmica, por ser companheira e amiga desde que me tornei terapeuta ocupacional e, acima de tudo, por me ajudar a trilhar caminhos que me auxiliam na construção de quem sou e como eu sou.

Agradeço às maravilhosas, queridas e também professoras do CETO, Prof^ª Esp. Sonia Ferrari e Prof^ª Ms. Renata Bertolozzi, por compartilharem o conhecimento e por me ensinarem da forma mais humana e afetiva possível, pela inspiração profissional e pessoal.

Agradeço a Profa. Dra Angélica da Silva Araújo e Profa Dra Amanda Fernandes pelas valiosas contribuições no exame de qualificação, auxiliando na construção dessa tese.

Agradeço a todos os professores que compõe a banca examinadora pela leitura cuidadosa, disponibilidade, sugestões e orientações.

Agradeço a todos os meus amigos do grupo de pesquisa de Terapia Ocupacional Dinâmica. É muito bom saber que podemos contar uns com os outros e que criamos um espaço em que podemos rir, chorar, abraçar, falar sério e, ainda, estudar e pesquisar com uma potência ímpar.

Agradeço imensamente ao meu marido, Alexandre, por todo apoio, incentivo e amor, por ser meu companheiro, namorado e amigo em todos os dias em que escolhemos caminhar juntos,

e por aceitar dividir a vida ao meu lado e, assim, construirmos nossa família juntamente com o Luís.

Agradeço incondicionalmente ao Luís, esse presente de Deus na minha vida, que me ensina todos os dias e me faz ir em busca da minha melhor versão, por todo amor e carinho que recebo e que funcionam como uma energia motriz para tudo o que faço em minha vida.

Agradeço, em especial, aos meus avós (*in memoriam*), por terem sido referências tão importantes na minha vida e na construção de quem sou, por me amarem incondicionalmente e, embora não entendessem por que eu estudava tanto (para eles o ensino superior já era suficiente), não mediram esforços para me ajudar a conquistar meus sonhos.

Agradeço carinhosamente aos meus pais (Caio e Chica) por me criarem de uma forma tão livre e com resiliência, permitindo que eu pudesse experimentar vivências tão significativas no meu processo de aprendizado e construção da vida profissional e pessoal, por todo apoio, incentivo e amor.

Agradeço imensamente aos meus padrinhos (Fátima e Mulato) por toda alegria, torcida, amor e ensinamentos diários, por tudo o que sempre fizeram e fazem por mim, para que eu me sinta bem fisicamente e espiritualmente.

Agradeço carinhosamente aos meus sogros (César e Zeza) por me proporcionarem tantos momentos de lazer e alegria, trazendo mais leveza ao meu cotidiano, combustível necessário para que eu pudesse seguir com tantos projetos e funções na minha vida.

Agradeço ao meu irmão Caio, à sua esposa Jéssica, à minha cunhada Verônica e ao seu esposo Rafael, por todos os momentos compartilhados, que me alimentaram da melhor forma possível, ao lado da família e com meus amados sobrinhos Henrique, Bento e Lis, que me nutrem com tantos risos, gargalhadas e brincadeiras de crianças.

Agradeço às minhas amigas, em especial à Renata e à Valéria, pelas trocas diárias, por acreditarem no meu trabalho e estarem ao meu lado em todos os momentos desde que me mudei para Matão.

Agradeço aos participantes desta pesquisa pela receptividade, partilha e pela possibilidade de aprender com cada um. Vocês foram fundamentais para que este estudo pudesse existir.

Agradeço imensamente a cada paciente e a cada família que já passaram ou estão sendo cuidados por mim, por toda generosidade, carinho e compreensão durante a construção desta tese. Vocês me movem a sempre desejar aprender mais e ir além, para poder pensar em uma prática que seja, acima de tudo, sustentada por afeto e ética.

Agradeço a todas as professoras e funcionárias do PPGTO-UFSCar que tanto me ensinam e me inspiram, pela oportunidade de aprender com afeto e muita potência.

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

*“Penso no que faço, com fé. Faço o que devo fazer, com amor.
Eu me esforço para ser melhor, pois bondade também se
aprende. Mesmo quando tudo parece desabar cabe a mim decidir
entre rir e chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri,
no caminho incerto da vida que o mais importante é decidir.”*

Cora Coralina

RESUMO

CESTARI, Leila Maria Quiles. **Uma análise situacional das contribuições do Método Terapia Ocupacional Dinâmica para inserção social de crianças autistas**. 2024. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2024.

A construção do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) foi iniciada na década de 1970 pela terapeuta ocupacional Jô Benetton. O cuidado em Terapia Ocupacional sob os pressupostos do MTOD ocorre por meio de conceitos e processos contínuos próprios: a construção do diagnóstico situacional, o manejo da dinâmica da relação triádica, a avaliação dialógica para a construção de sentidos e a ampliação de espaços de saúde no cotidiano. Seu objetivo final é a inserção social do sujeito alvo. O cuidado oferecido a crianças autistas está imerso em tensões contemporâneas que incorporam as práticas centradas no cuidado dos déficits e na normatização de comportamentos para o convívio social, os movimentos de pessoas autistas militantes da perspectiva da neurodiversidade, as instituições de educação e de saúde e a lucratividade. O MTOD busca sustentar a prática de terapeutas ocupacionais, distanciando-se do paradigma médico e reabilitador e instaura uma prática singular, não protocolar, guiada pelas necessidades, desejos e potências do sujeito-alvo nas complexidades e contingências de sua situação. Buscando descrever processos que evidenciem as contribuições do MTOD para a inserção social de crianças autistas, esta pesquisa possui um desenho qualitativo, de natureza exploratória-descritiva, que utilizou a metodologia da Análise Situacional (AS). Participaram três terapeutas ocupacionais com formação clínica no MTOD há no mínimo cinco anos, duas crianças em atendimento com essas terapeutas ocupacionais e um adulto em atendimento e que foi acompanhado na infância, seus familiares e membros da equipe indicados como relevantes para compreender aspectos da inserção social. A produção de dados foi realizada por meio de entrevistas, utilizando-se roteiro semiestruturado para terapeutas ocupacionais e questões disparadoras para familiares e membros da equipe. Além disso, foram utilizadas metodologias criativas com crianças (fotografias, recursos de comunicação aumentativa e alternativa e a técnica trilhas associativas). Os dados foram analisados à luz da AS, com a criação de três tipos de mapas: situacionais, de arenas e mundo social, e posicional. Os resultados integraram os mapas construídos e o discurso dos atores humanos, culminando nas seguintes categorias: o encontro com a terapeuta ocupacional, o diagnóstico situacional, o manejo da relação

triádica, o *setting*, o quarto termo, a construção e ampliação dos espaços de saúde, as construções de sentidos e o MTOD com crianças autistas. Observou-se que as crianças possuíam inicialmente repertórios de atividades e interesses restritos aos hiperfocos. As terapeutas ocupacionais iniciaram a ampliação e construção de espaços de saúde com base nesses interesses, inserindo novas possibilidades de atividades a partir do desejo da criança, sustentando uma relação afetiva pela transferência positiva. As ampliações iniciadas no *setting* da Terapia Ocupacional, qualificadas pelos sujeitos e por suas famílias como significativas, alcançaram espaços de saúde em seus cotidianos sustentados pelos adultos relevantes para as crianças, favorecendo a inserção social de forma ética e estética. Esta pesquisa revela uma forma de cuidado para crianças autistas que corrobora com o desejo dos próprios autistas: uma intervenção com respeito e um olhar atento às necessidades de cada indivíduo, refutando práticas fragmentadas que focam apenas em um único aspecto. Limitações da pesquisa, principalmente em relação a questões interseccionais, e indicações de pesquisas futuras são apresentadas. Esperamos ampliar diálogos, reflexões e conhecimentos acerca das possibilidades de tratamento de crianças autistas para todo o campo profissional e do saber em Terapia Ocupacional, contribuindo também para as transformações necessárias para a produção de cuidado às crianças que reflita suas necessidades contextuais e seus desejos.

Palavras-chaves: Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional/Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Autismo. Participação Social. Cuidado da Criança.

ABSTRACT

CESTARI, Leila Maria Quiles. **A Situational Analysis of the Contributions of the Dynamic Occupational Therapy Method for the Social Inclusion of Autistic children.** 2024. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2024.

The Development of the Dynamic Occupational Therapy Method (MTOD) began in the 1970s with occupational therapist Jô Benetton. The care provided under the principles of the MTOD occurs through its unique and continuous concepts and processes: constructing the situational diagnosis, managing the dynamics of the triadic relationship, conducting dialogical evaluations to build meaning, and expanding health spaces in daily life. Its ultimate goal is the social inclusion of the target individual. Care for autistic children is immersed in contemporary tensions, incorporating practices centered on addressing deficits and normalizing behaviors for social interaction, advocacy movements by autistic individuals promoting the neurodiversity perspective, education and healthcare institutions, and issues of profitability. The MTOD aims to support occupational therapists' practice by moving away from the medical and rehabilitative paradigm, establishing a singular, non-protocol-driven approach guided by the needs, desires, and strengths of the target individual within the complexities and contingencies of their situation. To describe processes that highlight the contributions of MTOD to the social inclusion of autistic children, this research adopts a qualitative, exploratory-descriptive design using the methodology of Situational Analysis (SA). Participants included three occupational therapists with at least five years of clinical training in MTOD, two children receiving therapy from these occupational therapists, and one adult who had received therapy as a child, along with their families and team members identified as relevant for understanding aspects of social inclusion. Data were collected through interviews using semi-structured guides for occupational therapists and open-ended questions for family members and team members. Additionally, creative methodologies were employed with the children, including photography, augmentative and alternative communication resources, and the associative trails technique. Data were analyzed through SA, generating three types of maps: situational, social world/arena, and positional maps. The results integrated the constructed maps and the human actors' discourse, culminating in the following categories: the meeting with the occupational therapist, situational diagnosis,

management of the triadic relationship, the setting, the "fourth term," the construction and expansion of health spaces, the building of meanings, and MTOD with autistic individuals.

It was observed that the children initially had restricted activity repertoires and interests focused on hyperfixations. Occupational therapists began expanding and constructing health spaces based on these interests, introducing new activity possibilities aligned with the child's desires, fostering an affective relationship through positive transference. Expansions initiated in the occupational therapy setting, deemed significant by the individuals and their families, extended into health spaces within their daily lives, supported by key adults, thereby promoting social inclusion in an ethical and aesthetic manner. This research reveals a form of care for autistic children that aligns with their own desires: an intervention rooted in respect and a thoughtful understanding of individual needs, rejecting fragmented practices that address only isolated aspects. The study discusses limitations, particularly regarding intersectional issues, and suggests directions for future research. We hope to expand dialogues, reflections, and knowledge about treatment possibilities for autistic children, contributing to professional and academic advancements in occupational therapy. Additionally, we aim to foster necessary transformations in care practices for children, reflecting their contextual needs and desires.

Keywords: Occupational Therapy. Dynamic Occupational Therapy Method. Autism. Social Participation. Child Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos grupos que compõem a amostra desta pesquisa.....	66
Quadro 2 - Produção de dados da pesquisa.	71
Quadro 3 - Exemplo do processo de análise de dados.....	76
Quadro 4 - Caracterização dos participantes do Grupo Compaixão.....	81
Quadro 5 - Caracterização dos participantes do Grupo Tirolesa.	82
Quadro 6 - Caracterização dos participantes do Grupo Aquarela.....	83
Quadro 7 - Categorias e subcategorias que emergiram após a análise dos dados.	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Trilhas Associativas apresentada pelo Carlos e sua terapeuta ocupacional.....	74
Figura 2 - Narrativa do Teodoro sobre as atividades realizadas nas sessões de Terapia Ocupacional.	75
Figura 3 - Mapa situacional desorganizado do grupo Compaixão.	85
Figura 4 - Mapa situacional organizado do grupo Compaixão.....	86
Figura 5 - Mapa das arenas e mundos sociais do grupo Compaixão.	87
Figura 6 - Mapa posicional do grupo Compaixão.	87
Figura 7 - Mapa situacional desorganizado do grupo Tirolesa.....	89
Figura 8 - Mapa situacional organizado do grupo Tirolesa.	90
Figura 9 - Mapa das arenas e mundos sociais do grupo Tirolesa.	91
Figura 10 - Mapa posicional do grupo Tirolesa.....	91
Figura 11 - Mapa situacional desorganizado do grupo Aquarela.	93
Figura 12 - Mapa situacional organizado do grupo Aquarela.....	94
Figura 13 - Mapa das arenas e mundos sociais do grupo Aquarela.....	95
Figura 14 - Mapa Posicional do grupo Aquarela.	95

LISTA DE SIGLAS

ABA	Análise do Comportamento Aplicada- <i>Applied Behavior Analysis</i>
ABRA	Associação Brasileira de Autismo
ABRAÇA	Associação para Ação dos Direitos das Pessoas com Autismo
AMA	Associação dos Amigos do Autista
AMA	Associação Médica Americana
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
AS	Análise Situacional
AT	Acompanhante Terapêutica
CAA	Comunicação Aumentativa e Alternativa
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEANI	Centro Educacional de Apoio à Nutrição Infantil
CETO	Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional
CEUCLAR	Centro Universitário Claretiano de Batatais
CID10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIR	Centro Integrado de Reabilitação
COPM	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional
DNC	Departamento Nacional da Criança
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EUA	Estados Unidos da América
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IS	Integração Sensorial

MI	Mortalidade Infantil
MTOD	Método Terapia Ocupacional Dinâmica
ONU	Organização das Nações Unidas
PC	Computador
PCD	Pessoas com Deficiência
PPGTO	Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
SA	Síndrome de Asperger
SAEEB	Serviço de Apoio Especializado à Educação Básica
SP	São Paulo
SPM	<i>SensoryProcessingMeasure</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtornos Alimentares
TA	Transtorno Autístico
TAR	Teoria Ator Rede
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TI	Tecnologia da Informação
TID	Transtornos Invasivos do Desenvolvimento
TO	Terapia Ocupacional
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UNICEF	<i>United Nations International Child Emergency Fund</i>

SUMÁRIO

Parte 1

INTRODUÇÃO.....	26
CAPÍTULO 1	27
INFÂNCIA E O CUIDADO.....	27
1.1 <i>Infância no Brasil.....</i>	<i>29</i>
CAPÍTULO 2	35
AUTISMO, NEURODIVERSIDADE E CUIDADO	35
2.1 <i>História e desenvolvimento dos critérios para diagnóstico.....</i>	<i>35</i>
2.2 <i>Neurodiversidade</i>	<i>40</i>
2.3 <i>Formas de cuidado.....</i>	<i>41</i>
CAPÍTULO 3	46
TERAPIA OCUPACIONAL, AUTISMO E O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA	46
3.1 <i>A Terapia Ocupacional e o autismo.....</i>	<i>46</i>
3.2 <i>O Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD).....</i>	<i>48</i>
CAPÍTULO 4	55
JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	55

Parte 2

OBJETIVOS.....	57
2.1 <i>Objetivo Geral.....</i>	<i>57</i>
2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	<i>57</i>

Parte 3

METODOLOGIA E PERCURSO METODOLÓGICO.....	59
CAPÍTULO 5	60
REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	60
5.1 <i>Da teoria fundamentada nos dados à análise situacional</i>	<i>60</i>
5.2 <i>A Refundamentação Pós-Moderna: Análise Situacional</i>	<i>61</i>
CAPÍTULO 6	64
PERCURSO METODOLÓGICO.....	64
6.1 <i>Aspectos éticos</i>	<i>64</i>

6.2 Participantes da pesquisa	64
6.3 Local da pesquisa.....	66
6.4 Instrumentos para produção de dados.....	67
6.5.1 Identificação e localização dos participantes.....	68
6.5.2 Produção de dados.....	69
6.5.3 Análise de dados.....	75

Parte 4

RESULTADOS	80
CAPÍTULO 7	81
CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	81
7.1 Caso 1 – Compaixão	81
7.2 Caso 2 – Tirollesa	82
7.3 Caso 3 –Aquarela.....	82
CAPÍTULO 8	84
APRESENTAÇÃO DOS MAPAS	84
CAPÍTULO 9	97
RESULTADOS QUALITATIVOS	97
9.1 O encontro com a Terapia Ocupacional.....	97
9.1.1 Encaminhamento para a terapeuta ocupacional.....	97
9.1.2Repertório de atividades restrito.....	99
9.2 O diagnóstico situacional	101
9.2.1 Para além do diagnóstico clínico: as necessidades e potências de cada sujeito alvo	101
9.2.2Frequência inicial das sessões de Terapia Ocupacional	104
9.3Dinâmica da relação triádica (sujeito alvo – paciente – atividades).....	105
9.3.1Sujeito alvo.....	105
9.3.2 O Terapeuta ocupacional	108
9.3.3 Atividades e recursos.....	111
9.4 Setting.....	115
9.4.1 Setting estendido.....	116
9.5 O quarto termo	118
9.6 Construção e ampliação de espaços de saúde	120
9.6.1 Grupo Compaixão.....	120

9.6.2 Grupo Tirolesa.....	125
9.6.3 Grupo Aquarela	128
9.7 Construções de sentidos.....	131
9.8 O MTOD com pessoas autistas	133
 Parte 5	
DISCUSSÃO.....	136
CAPÍTULO 10	137
DISCUSSÃO.....	137
10.1 Caracterização dos participantes	137
10.2 Mapas Situacionais	140
 Parte 6	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
 Parte 7	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160
 Parte 8	
ANEXO A	177
ANEXO B	184
ANEXO C	194
ANEXO D	195

Apresentação

*“Eu disse sim pro mundo
Eu disse sim pros sonhos
E pra tudo que eu não previa.
Sim pro inexplicável.
Disse sim, eu caso.
Eu disse sim pra tudo o que eu podia
E eu podia mais do que eu sabia”*
(Sandy Leah e Lucas Lima)

Os caminhos que percorri, aparentemente, nem sempre foram minhas escolhas iniciais. Diria que muitas vezes fui e sou escolhida e convidada a caminhar. Aceito e digo: Sim! Com o desejo que sempre me impulsiona: aprender mais e poder oferecer o meu melhor a quem está sob os meus cuidados.

E esta pesquisa nasce desse lugar, do encontro com o novo (ou que eu achava que era novo), do saber quem eu sou (tanto como pessoa, quanto como terapeuta ocupacional), da minha inquietação por aprender e da vontade de enxergar as repercussões dessa Terapia Ocupacional(TO) no cotidiano dos pacientes.

Sou terapeuta ocupacional, graduada em fevereiro de 2006, pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais(CEUCLAR). Durante a formação eu tive o prazer e a honra de ser apresentada ao Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) e desde aquele momento eu me encantei com aquela terapia ocupacional e sempre tive o desejo de ser uma terapeuta ocupacional especialista no MTOD. Esse desejo permaneceu por alguns anos ali, só dentro de mim, esperando o momento possível para ser realizado.

Ao encerrar a graduação, além da certeza de querer cursar o MTOD, eu tinha outra: a minha prática precisava ser sustentada por muita teoria e supervisões, precisava ser cuidada e cuidadosa, e por isso desejava muito iniciar em um Programa de Aprimoramento Profissional (naquela época não havia programas de residências). Fui aprovada em alguns programas de aprimoramentos, mas pude escolher o que eu mais gostaria: o de Terapia Ocupacional em Psiquiatria ofertado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Nesse aprimoramento, eu tive o privilégio de poder aprender e refletir ainda mais sobre a teoria e prática com uma terapeuta ocupacional, formada no Método Terapia Ocupacional Dinâmica, no campo da Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares.

Ao encerrar esse aprimoramento em 2007, um novo convite foi feito, o de substituir uma terapeuta ocupacional durante sua licença prêmio no Ambulatório de Saúde Mental de um pequeno município, com a população infantil. E eu disse: Sim! Após esse período de aproximadamente quatro meses, fui contratada pela Secretaria da Saúde desse município para realizar atendimentos em três serviços públicos: o próprio Ambulatório de Saúde Mental, o Serviço de Apoio Especializado à Educação Básica (SAEEB) e o Centro Educacional de Apoio à Nutrição Infantil (CEANI), sendo os dois últimos exclusivamente com a população infantil.

Mas eu acreditava que ainda não era o que eu deveria fazer como terapeuta ocupacional. Eu pensava que o hospital era o meu lugar e que eu teria que de alguma forma retornar a esse ambiente. Foi então que, em 2008, entrou em vigor um novo rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que passou a incluir obrigatoriamente os atendimentos de terapeutas ocupacionais nos convênios de saúde.

E foi assim que eu recebi o convite para integrar a equipe de um plano de saúde do município que estava trabalhando e eu disse: Sim! Era a chance de voltar a atender pacientes hospitalizados e também de forma ambulatorial, na área de saúde mental. Concomitantemente, eu também disse sim a outro convite: o de permanecer em um grupo de pesquisa do HCFMRP-USP sobre Transtornos Alimentares (TA) iniciado no aprimoramento e vislumbrando a possibilidade de retorno a esse local. Permaneci durante dois anos trabalhando nos serviços públicos, hospital e consultório particular. E retornei enfim por meu desejo ao HCFMRP- USP em 2009 para iniciar o meu mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), fruto das minhas observações e atendimentos a pacientes com TA hospitalizadas no hospital terciário.

Em 2010 fui contratada, após concurso público, como terapeuta ocupacional do Centro Integrado de Reabilitação (CIR) do Hospital Estadual de Ribeirão Preto- SP e acreditem, na área da infância novamente. Logo eu, que só pensava em contextos hospitalares. Mas não iria dispensar um concurso público! Trabalhei por alguns meses apenas, pois nesse mesmo ano, foi aberto um novo concurso no HCFMRP-USP para uma vaga de terapeuta ocupacional no exato local onde realizei o meu aprimoramento. Fui aprovada (sonho realizado!) e enfim teria a chance de ser a terapeuta ocupacional que eu sonhava e acreditava que seria por toda a vida. Conclui o meu mestrado e com tudo mais organizado na vida profissional e pessoal, eu iniciei em 2011 minha desejada especialização

no Método Terapia Ocupacional Dinâmica pelo Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO).

Tudo estava caminhando em uma estrada que eu havia escolhido, parecia perfeito profissionalmente e pessoalmente. Eu me sentia pronta para realizar meu maior sonho: o de ser mãe!

Em 2012, meu filho nasceu e nada do que eu idealizei como perfeito para mim permaneceu. Tive muitas decisões a serem tomadas, e não tive dúvidas, pedi demissão do hospital, mudei de cidade, deixei amigos e deixei boa parte de quem eu era, para viver completamente imersa na maternidade, tendo sobrado como companheira na Terapia Ocupacional a especialização no MTOD que eu ainda estava cursando.

Após um ano e meio vivendo dessa forma, decidi arriscar e abrir um consultório na cidade que resido atualmente para poder iniciar os atendimentos como terapeuta ocupacional, que durante todo esse tempo foi alimentada pelo CETO. Sem idealizações, eu estava completamente aberta para o que viesse, e vieram, uma, duas, três e muitas crianças, com diferentes diagnósticos, mas especialmente as crianças autistas. E eu disse: Sim! E foi aí que eu percebi o quanto a infância sempre esteve presente no meu caminho e o quanto eu fui deixando-a de lado, mas que nesse momento eu queria muito estar com ela.

Escolhi estudar muito, um universo diferente do que eu conhecia, me dediquei a compreender e aprender sobre essa clínica e suas especificidades com o referencial teórico do MTOD, já que havia concluído minha especialização. Fiz supervisões e observava na prática clínica não só a potência do MTOD com essa população-alvo, mas também a escassez de literatura, que impedia a ampliação do conhecimento, principalmente com relação à técnica de análise de atividades: Trilhas Associativas. E foi em um encontro com a Prof^a. Dr^a. Taís Quevedo Marcolino que essas angústias puderam ser acolhidas, pensadas e organizadas de forma científica como um projeto de doutorado.

E no início de 2020, ingressei no doutorado e logo toda forma de organização foi bruscamente alterada. Estava iniciando a pandemia da Covid-19 com todas as turbulências que vivemos: isolamento social, aulas no formato remoto (nunca tive uma aula presencial no departamento da pós-graduação!), trabalho pessoal, filho na aula síncrona e assíncrona, muito sofrimento, perdas e adoecimento prolongado. E eu nem acreditava “que eu podia mais do que eu sabia” e essa orientadora, que usa o MTOD como sustentação de sua forma de orientar, acreditou e amorosamente me ensinou, respeitou todas as minhas possibilidades e

impossibilidades de pensar neste projeto e me apoiou. **E mais uma vez eu tinha a certeza de ter o MTOD como algo forte na minha vida pessoal e profissional!**

Inicialmente o projeto foi apresentado e pensado para a população infantil em geral, desconsiderando os diagnósticos médicos. Porém, o incentivo da minha orientadora e algumas questões contemporâneas vividas por vários terapeutas ocupacionais, nos levaram a alterar a pesquisa, delimitando-a com foco no cotidiano de crianças autistas. Durante todo esse período, praticamente uma década, eu sempre recebi em meu consultório muitas crianças autistas, seus familiares e todas as outras pessoas envolvidas com as crianças, principalmente nas escolas. A prática clínica me mostrava uma potência enorme para transformações, com respeito e afeto pelas necessidades de cada criança em seu modo singular.

Particpei de muitos congressos específicos de neurociências, e sempre me angustiava e voltava até irritada, pois o que a equipe médica e científica apresentavam como a única possibilidade de tratamento das crianças autistas era a Terapia Comportamental, especificamente a Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Tal conduta destoava da minha prática e do constructo teórico do MTOD que me norteava, parecia que enxergava sozinha ou em um pequeno grupo a potência das intervenções utilizando esse referencial metodológico, bem como a possibilidade de outras formas de tratamento.

Essas reflexões e angústias, de certa forma, foram encontrando um lugar com a compreensão de Ciência e de produção de conhecimento que estava sendo exposta no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e no grupo de pesquisa Terapia Ocupacional Dinâmica. A inquietação de produzir evidências científicas sobre uma outra forma de cuidado às crianças.

A dúvida sobre tornar essa pesquisa exclusivamente focalizada em crianças autistas foi concluída quando a minha orientadora me convidou a integrar um grupo que estava trabalhando na análise de relatos de uma página no Instagram onde terapeutas relataram e compartilharam suas vivências. Esses relatos incluíam diversos tipos de violência e precarização do trabalho, contra si mesmo, crianças e famílias, além de fraudes para sustentar uma forma de mercado que parecia ser imposto para essas famílias e crianças (Ricci *et al.*, 2023).

Já não existia mais dúvida, era necessário dialogar, refletir e tentar produzir conhecimentos que pudessem abarcar novas possibilidades para o tratamento de crianças autistas. Como o MTOD é um referencial importante da profissão, já utilizado e reconhecido com outras populações-alvo, torna-se necessário entender quais seriam as repercussões dessa

terapia ocupacional no cotidiano da criança autista, o que estamos tentando conhecer com essa pesquisa.

Assim, esta tese iniciará com uma discussão sobre as transformações na compreensão da infância ao longo do tempo, seguida por uma breve explanação sobre a saúde mental infantil, com ênfase na complexidade do diagnóstico de autismo e no movimento da neurodiversidade. Em seguida, será apresentado o Método de Terapia Ocupacional Dinâmica, abordando os aspectos da construção histórica, conceitos e processos já definidos, bem como as lacunas resultantes de uma revisão de literatura realizada pela pesquisadora desta tese, sua orientadora e outras duas terapeutas ocupacionais. Após a introdução da temática, serão apresentadas a justificativa e os objetivos da pesquisa, assim como o caminho metodológico escolhido – a Análise Situacional – para compreender e investigar o complexo fenômeno da prática e as possíveis contribuições do Método de Terapia Ocupacional Dinâmica para a inserção social de crianças autistas.

Os resultados serão apresentados à luz da Análise Situacional, com a elaboração e as conexões realizadas a partir da construção de três tipos de mapas: situacional, de arenas e mundos, e de posições. A discussão dos achados será pautada principalmente pelas relações entre os resultados evidenciados e o Método de Terapia Ocupacional Dinâmica. A tese finaliza com algumas considerações, buscando destacar as principais contribuições desta pesquisa e indicando caminhos para futuras investigações.

Parte 1

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A primeira parte desta tese é composta por quatro capítulos. O Capítulo 1 apresenta estudos relevantes sobre a temática da infância e contempla os aspectos da história social, cultural e emocional que auxiliam na compreensão e desenvolvimento do que é ser criança na contemporaneidade. Percorre-se um caminho inicialmente europeu, dada a origem das primeiras publicações, e desloca-se para a infância no Brasil, desde a chegada dos colonizadores, as preocupações preliminares e transformações no cuidado com as crianças e a instauração das primeiras políticas públicas para a infância.

No Capítulo 2 apresenta-se ainda uma discussão sobre o complexo campo de investigação do autismo, o atual movimento da neurodiversidade e formas de cuidado oferecido à pessoa autista. Considera-se então os aspectos históricos, suas controvérsias e contradições, e as transformações ao longo dos anos com relação aos critérios diagnósticos de Transtornos do Espectro Autista e a forma de compreender a pessoa autista dentro de um contexto social. São apresentadas as diferentes formas de cuidado, com uma breve explanação de como isso ocorre em alguns países e da polarização existente no Brasil, advinda principalmente entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial.

No Capítulo 3, apresenta-se a Terapia Ocupacional, especialmente no cuidado ofertado às crianças autistas, percorrendo um caminho inicialmente aberto às diferentes abordagens e métodos de intervenção até se ancorar no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica, que subsidiará os estudos desta tese.

Após a apresentação inicial, considerando a temática em questão, os pontos críticos e as lacunas observadas, é apresentada no Capítulo 4 a justificativa desta pesquisa, contendo as questões de pesquisa.

CAPÍTULO 1

INFÂNCIA E O CUIDADO

A criança, segundo o dicionário da Língua Portuguesa Aurélio (Ferreira, 2024), é um ser humano que está vivendo em um período da vida denominado infância. O interesse por compreender as singularidades e necessidades com relação a esse período do desenvolvimento humano é uma invenção do período Modernista (Castro, 2013; Lins *et al.*, 2014). A história da criança é algo recente devido ao anonimato em que viviam até o século XVIII (Lins *et al.*, 2014).

Phillipe Ariès, um historiador francês, foi considerado o pioneiro nos estudos e discussões sobre a temática da infância. Sua publicação denominada *História social da criança e da família* (Ariès, 1986) apresentou cenários, concepções, características, comportamentos, sentimentos e relações sobre as crianças e suas famílias. Ao percorrer um caminho historiográfico entre a Antiguidade, a Idade Média e a Moderna, Ariès (1986) explicita a desvalorização e fragilidade da criança, diversidades de sentimentos e tratamentos em uma sociedade que foi modificada ao longo do tempo.

A compreensão do conceito *de ser criança* foi construída ao longo da história em um processo contínuo, sem generalizações ou linearidades, considerando os movimentos sociais, culturais, históricos, econômicos e políticos como base para reflexões e distinções entre os diferentes períodos (Caldeira, 2013; Cunha, 2023; Melo, 2020).

Na Antiguidade, especialmente na Roma Antiga, o nascimento de uma criança era marcado quando havia a aceitação paterna, pois existiam altas taxas de mortalidade e práticas de abandono e abortos legitimadas (Cunha, 2023). Naquele momento histórico e até a Idade Média, as condições de higiene eram precárias e quando as crianças conseguiam sobreviver, elas não eram vistas em suas singularidades, eram consideradas como “miniadultos”, pois não havia o que foi denominado por Ariès (1986) como “sentimento de criança”. As crianças não eram negligenciadas ou abandonadas em suas famílias, mas não existia uma consciência sobre como e nem de que forma se desenvolviam, a família possuía uma realidade moral e social em contraposição à função afetiva (Cunha, 2023; Lins *et al.*, 2014).

Segundo Melo (2020), Araújo *et al.* (2014) e Castro (2013), não havia consciência social sobre a infância. As crianças permaneciam sob os cuidados maternos ou de suas amas de leite (no caso das famílias ricas) somente até o período em que poderiam ser incorporadas aos afazeres do adulto, como miniaturas dos homens. No século XIII a Igreja procurava cumprir com a tarefa de educação, colocando-as a serviço do monastério. Na Idade Média as

crianças não possuíam vestimentas próprias, suas roupas eram semelhantes às dos adultos, o que dificultava correr e brincar. A representação artística até o século XVII ora ignorava a criança com suas especificidades e expressava tal qual um adulto com tamanho reduzido ora tornava-as inexistentes como na literatura ou marginalizadas como no século XVIII (Braga, 2015; Cunha, 2023).

A partir do século XVIII, a representação da criança transforma-se para algo diferente de um miniadulto. Emergiu a ideia, nas classes dominantes, de que a criança era alguém que precisava de cuidados, reconhecendo esse período como a primeira fase da vida. Essa fase era dividida em seis períodos sendo os três primeiros – de zero a sete anos, de sete a 14 anos, e de 14 a 21 anos – ainda desvalorizados socialmente (Lins *et al.*, 2014).

A mudança no paradigma do sentimento da infância foi impulsionada pela ideia de que a criança era um adulto imperfeito, necessitando de cuidados e correções para se tornar um homem de valor social (Melo, 2020). Lins *et al.* (2014) apoia-se nas ideias do filósofo John Locke para dizer que a criança era vista como uma tábula rasa ou folha em branco que poderia e deveria receber qualquer inscrição como ensinamento. Tais transformações também receberam a influência da Igreja Católica, que passou a valorizar os laços familiares e acusar aqueles que matavam as crianças; da Revolução Industrial, com o novo formato de trabalho (fora e dentro de casa), que trouxe novas necessidades de cuidados das crianças, valor social e o sentimento de família; e da Revolução Francesa que responsabilizou o Estado com relação aos cuidados e educação da criança (Braga, 2015; Cunha, 2023). Segundo Lins *et al.* (2014, p.130) “No século XIX inaugurou-se uma visão de criança sem valor econômico, mas com um valor emocional inquestionável” ocupando um lugar central na dinâmica familiar.

Durante o final do século XVIII ao século XX, com a mudança no núcleo familiar que emergiu a partir das classes comerciais, a família assume-se cada vez mais patriarcal. Tendo o pai como uma figura “forte” e “central”, preocupada principalmente com a educação dos seus filhos, foram família e escola que “retiraram juntas as crianças da sociedade dos adultos” (Braga, 2015, p. 18), porém com a rigidez das punições e dos internatos. Essa educação era diferente para crianças com classes sociais distintas. Para as crianças aristocratas, a visão romântica era adequada: pura e inocente. Em contraponto, a realidade da maioria das crianças era a pobreza, o trabalho e a exploração, culminando em iniciativas filantrópicas e de caridade, que vieram a se constituir como as raízes das políticas públicas contra o trabalho e exploração, e para o desenvolvimento de escolas públicas (Cunha, 2023).

No final do século XVIII e XIX, na Europa, houve o desenvolvimento das escolas públicas, maiores investimentos na saúde e educação. O bem-estar da criança passa a ser considerado de extrema importância, principalmente para a Medicina e para a Psicologia, permanecendo até os dias atuais juntamente com outras especialidades que englobam a saúde infantil (Castro, 2013; Cunha, 2023; Linset *et al.*, 2014).

Entre 1840 e 1900, na Inglaterra surgiram os primeiros estudos científicos sobre o desenvolvimento infantil, ligados à Psiquiatria e à Psicologia Infantil. Tais estudos colocaram a mente da criança como objeto de estudo, com implicações diretas na compreensão de como o adulto agia. As principais investigações da época eram sobre questões sexuais, pressões escolares, ansiedade, suicídio e crianças que cometiam crimes (Braga, 2015).

É importante ressaltar que a construção da infância ao longo dos séculos, investigada inicialmente por Ariès (1986), apresenta uma concepção da construção europeia e não deve ser generalizada para outras populações. No Brasil, que foi colonizado pelos portugueses, há grandes diferenças com relação ao momento histórico, cultural, racial, econômico, entre outros (Braga, 2015; Castro, 2013).

1.1 Infância no Brasil

Segundo Cruz e Sarat (2016), a história da criança no Brasil é complexa, pois há multiplicidade de crianças: as nativas, as escravizadas, as livres e as escolarizadas, com suas especificidades de experiências, necessidades e vivências. As crianças imigrantes do período colonial do Brasil vivenciavam tragédias e violências durante a viagem de navio, como abusos sexuais, prostituições e escravidão, e eram vistas como adultos em corpos infantis (Melo, 2020). Para Cunha (2023, p. 152) “cabia à criança apenas vencer o desafio de sobreviver, para ser, logo que possível incorporada ao mundo adulto”.

A primeira publicação historiográfica sobre a criança brasileira abrangeu o período Colonial até meados do século XX e foi escrita em 1991 por Mary Del Priore, denominada “História da criança no Brasil” (Priore, 1991). Segundo Araújo *et al.* (2014) e Cruz e Sarat (2016) essa obra identificou influências da corrente modernista europeia nas práticas educativas, principalmente dos missionários jesuítas que tinham como objetivo implantar no século XVI um sistema de educação para os povos indígenas.

Assim, a visão da Igreja e da colônia contrapunha-se aos comportamentos, costumes e valores dos povos originários, considerando-os inadequados segundo as perspectivas

européias (Cunha, 2023). A principal estratégia utilizada para o enfrentamento dos comportamentos considerados inadequados foi a educação pelos métodos jesuítas. As crianças nativas (considera-se indígenas e imigrantes) recebiam ensinamentos rígidos e castigos físicos para que conseguissem aprender novos costumes e também ensinar cotidianamente os mais velhos (Cruz; Sarat, 2016). As crianças também aprendiam o idioma e o ensinavam aos seus pais e adultos, passando a serem intérpretes para propagar o evangelho cristão. Essas estratégias de aprendizado instauraram as primeiras escolas jesuítas no Brasil ao longo do século XVI (Araújo *et al.*, 2014).

Entretanto, a educação e os cuidados não eram concedidos a todas as crianças, pois havia distinções quanto aos aspectos étnico-racial, de gênero e de classe social. As crianças brancas e da Casa Grande frequentavam as escolas jesuítas ou recebiam a educação em suas residências, enquanto crianças pretas, escravas e meninas, a educação era inexistente (Araújo *et al.*, 2014; Cunha, 2023).

Segundo Araújo *et al.* (2014, p. 1001):

O período colonial, por exemplo, foi marcado por muitas barbáries que contribuíram efetivamente para os altos índices de Mortalidade Infantil (MI), os quais se mantinham próximos a 70%. As crianças eram vistas como um instrumento para as famílias, agentes passivos, amedrontadas pelos crueis castigos físicos, permanecendo constantemente submetidas ao serviço e ao poder paternos, quando não abandonadas em casas de caridade ou hospitais.

À medida em que tais práticas de violências para com as crianças foram ganhando visibilidade, estratégias filantrópicas e assistenciais importadas da Europa também foram implementadas. Como exemplo, temos a criação da Roda dos Expostos ou Enjeitados, em 1726, local onde era permitido o abandono de crianças recém-nascidas, em sua maioria pobres, escravas ou geradas em um relacionamento ilícito ou de poder com mulheres criadas ou escravizadas (Cruz; Sarat, 2016; Melo, 2020).

Em um contexto geral, no período do Brasil Colônia, nem a Igreja ou o Estado assumiram a responsabilidade pela criança abandonada. Foi a sociedade organizada ou não, que se preocupou com a sorte destes pequeninos desvalidos e sem família (Araújo *et al.*, 2014, p. 1002).

No Brasil Imperial, os valores e costumes importados fortemente da Europa geraram transformações na família e na sociedade. A educação foi mantida para as crianças da elite. Os princípios morais eram responsabilidade da família e a escola ocupava-se apenas das instruções. Tais instruções diferenciavam-se por gênero, sendo que para os meninos objetivava uma profissão, geralmente advogado, e para as meninas, as tarefas manuais e

sociais, além de momentos de lazer para ambos (Cruz; Sarat, 2016). As crianças escravizadas não tinham “direitos” e a educação era inexistente. Aos quatro anos realizavam tarefas simples, aos doze, o trabalho mais pesado, e aos quatorze desempenham atividades semelhantes a de um adulto escravizado, inclusive submetidas a crueldade, riscos físicos de adoecimento e morte e desejo de serem livres (Góes; Florentino, 2018).

Após a abolição da escravidão e uma nova política republicana, dois fatores apresentaram-se como desafiadores: a busca por modernização e urbanização. Várias famílias migraram para as cidades em busca de empregos e muitas crianças e adultos ficaram abandonadas, vivendo em situação de miséria à margem da sociedade o que despertou o interesse da elite em combater essa condição (Araújo *et al.*, 2014). Ao final do século XIX e início do século XX, a elite econômica-intelectual, a partir dos ideais higienistas¹ da época, foram ampliando o cuidado à saúde da criança em uma tentativa de diminuir o alto índice de mortalidade infantil. A mortalidade infantil estava associada principalmente à alimentação imprópria, abandono, vestuários inadequados, moléstias contagiosas, falta de tratamento médico e amamentação mercenária² (Araújo *et al.*, 2014; Lopes, 2016; Melo, 2020; Ribeiro, 2006).

É importante fazer uma crítica às ações deste movimento que, embora tenha sido importante no período trazendo propostas inovadoras, também criou o estigma e a discriminação das populações pobres, atribuindo os problemas advindos das condições de pobreza aos próprios indivíduos. A população pobre estava sujeita às piores condições de vida em um sistema econômico que saía da escravidão e começava um incipiente período republicano no qual as relações de trabalho mudaram (Cruz; Sarat, 2016, p. 25).

Os higienistas tinham a crença de que as crianças precisavam ser afastadas de suas famílias para serem cuidadas e aprenderem novos hábitos. As instituições de ensino foram criadas com esse objetivo e a infância tornou-se preocupação social (Stellinet *et al.*, 2009). Porém, tais estratégias não geraram resultados significativos e as taxas de mortalidade não foram reduzidas. Gradualmente, percebeu-se que a família era indispensável para a sobrevivência e proteção da criança. Assim, passou-se a compreender que era dever dos

¹ O Movimento Higienista ocorreu no final do século XIX e início do século XX e apresentava como base uma nova forma de pensar e cuidar da população, educando e ensinando novos hábitos. Considerava todas as condições que pudessem ser prejudiciais ao desenvolvimento da saúde como o trabalho, a escola, a moradia, o asseio corporal e a moralidade (Góis Junior, 2002).

² Amamentação mercenária é a realização do aleitamento materno como uma mercadoria. Os pais pagavam aos proprietários das escravas para que elas se tornassem as amas de leite de seus bebês brancos e muitas vezes as impediam de amamentar seu próprio filho (Ribeiro, 2006).

serviços públicos ofertarem recursos e instituir políticas públicas para garantir a saúde e educação materna e das crianças (Cruz; Sarat, 2016).

Segundo Araújo *et al.* (2014), todas as políticas públicas para a criança no Brasil são resultados de lutas e reivindicações e surgem em debates globais sobre os direitos humanos. Em 1923, uma organização não governamental, a *International Union for Child Welfare*, apresentou, em Genebra, os princípios dos Direitos da Criança e, em 1927, foi criado o primeiro código de menores que modificou as formas de assistência aos desvalidos no Rio de Janeiro e no Brasil. Em 1937, foi criado o primeiro Programa de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência pelo Departamento Nacional da Criança (DNC). Com o crescimento das cidades, da pobreza e com o processo de industrialização, o número de instituições filantrópicas e assistenciais aumentou, sendo criado pelo DNC o Serviço de Assistência a Menores em 1941, e a Legião Brasileira de Assistência em 1942 (Marcílio, 1998).

Para auxiliar as políticas assistenciais, inclusive do Brasil, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou, em 1946, um Fundo Internacional de Ajuda Emergencial à Infância Necessitada, surgindo assim o *United Nations International Child Emergency Fund* (UNICEF). Em 1959, essa instituição publicou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, dentre eles: direito à igualdade; proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; a um nome e nacionalidade; contra o trabalho infantil; ao amor dos pais; à educação e à educação e cuidados especiais para crianças deficientes físicos ou mentais; a alimento e moradia, dentre outros (Araújo *et al.*, 2014; Marcílio, 1998; Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1959).

Os altos índices de mortalidade infantil permaneceram no Brasil durante as décadas de 1970 a 1990, levando a novas estratégias públicas para prevenção, cuidado e acompanhamento do desenvolvimento infantil (Brasil, 2011). É fundamental ressaltar que, nessas décadas, também estavam acontecendo importantes movimentos e conferências que impulsionaram a criação de políticas públicas, a nível nacional e internacional. Embora não específicas para a infância, apresentaram impactos e reverberações para a saúde e educação da criança de forma integral. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Brasil, 2002), produziu a declaração Alma-Ata, em 1978, que possibilitou ampliar a compreensão de saúde ao colocar a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Brasil, 2002, p.1), além de ser um direito humano e responsabilidade do

Estado (Brasil, 2002). A VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, serviu como base para a Reforma Sanitária que definiu a saúde como “o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes” (Brasil, s/d,p.1).

O texto final produzido nesta conferência auxiliou a criação do capítulo sobre saúde da Constituição Federal Brasileira de 1988, originando as leis orgânicas Municipais e posteriormente, a lei orgânica nº 8.080 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo a saúde como dever do Estado e direito de todos (Brasil, 1990a). Nesse mesmo ano é instaurado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela lei nº 8.069 que visa proteger os direitos das crianças e dos adolescentes (Brasil, 1990b). O ECA considera como criança, indivíduos com até 12 anos de idade (Brasil, 2018), em particular como um “sujeito histórico e de direitos que, nas interações, relações e práticas cotidianas que vivencia, constrói sua identidade pessoal e coletiva” (Brasil, 2010, p. 14).

Com a universalização da saúde e da educação, começa-se a discutir o processo de inclusão social das crianças na direção de que todas têm direito a participar efetivamente da sociedade (Brasil, 1990a; 1990b). Tais discussões foram influenciadas principalmente pela Declaração de Salamanca, redigida em 1994 na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, que reforça a ideia de uma educação inclusiva (Brasil, 1994). Além disso, é possível ver os desdobramentos dessas discussões na Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve como objetivo o fechamento de hospitais psiquiátricos e manicômios e a construção de uma rede substitutiva de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico, embora os cuidados à saúde mental infanto-juvenil tenham sido postos em pauta tardiamente, como será melhor apresentado adiante (Brasil, 2001; Brasil; Lacchini, 2021).

A necessidade do cuidado ampliado e integral da construção de novas leis e projetos públicos que garantam o acesso à saúde e à educação de forma universal, e não somente para os brancos, são projetos sociais que se mantêm ativos até os dias atuais. Exemplo disso podem ser identificados com a criação, em 2004, da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade, incluindo nesse momento a saúde mental; em 2006, a implantação da Política Nacional da Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem; em 2007, o Programa Saúde da Escola; em 2010, a Política Nacional de Promoção da Saúde; e em 2015, a implantação de uma Política Nacional de

Atenção integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno, incluindo as crianças deficientes ou em situações de vulnerabilidade (Araújo *et al.*, 2014).

Ao olhar para o processo histórico, é possível identificar um longo caminho percorrido entre a Antiguidade e os dias atuais no que se refere aos conceitos sobre a infância e à forma de cuidar e se relacionar com a infância. As crianças passaram de seres invisíveis e miniadultos para seres humanos com direitos à educação e à saúde, com necessidade de cuidado ampliado e integral, para além das questões referentes ao adoecimento físico, mas também ao sofrimento psíquico e à saúde mental.

Se por um lado, o aumento dos estudos na área da infância possibilitou maior conhecimento sobre suas características e necessidades, também apresentou lacunas a serem investigadas. A compreensão das necessidades de cuidado para as crianças foi ampliada, abrangendo os processos sociais em torno de crianças de classes sociais desfavorecidas; a exclusão e empobrecimento das atividades que sustentam o cotidiano de crianças com algum sofrimento psíquico e com alguma deficiência (Lopes, 2016; Ribeiro *et al.*, 2010; Santos; Martinez, 2016; Stellinet *et al.*, 2009).

Tal compreensão revelou outras especialidades para o cuidado da criança, como a Psiquiatria Infantil, que surgiu oficialmente em 1937 na Europa e influenciou os estudos desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), influenciada pela Pediatria e Psicanálise (Abrão, 2020; Marfinati; Abrão, 2014). No Brasil, o desenvolvimento da psiquiatria infantil seguiu os modelos do Norte, com a criação de instituições voltadas para crianças com deficiência mental ou transtornos psiquiátricos, como os pavilhões psiquiátricos e institutos de psicologia fundados entre 1903 e 1983. Antes da Reforma Sanitária e da criação do SUS, essas instituições, muitas vezes filantrópicas, eram responsáveis pelo cuidado e tratamento dessas crianças, associando a saúde ao ensino de maneira excludente. As crianças com diversos diagnósticos entre eles o autismo, hoje denominado como Transtorno do Espectro Autista eram inseridas nos mesmos locais que todos as pessoas, sem um cuidado específico (Honda, 2020).

CAPÍTULO 2

AUTISMO, NEURODIVERSIDADE E CUIDADO

2.1 História e desenvolvimento dos critérios para diagnóstico

A etimologia da palavra autismo é grega e significa “de si mesmo”. O psiquiatra Eugen Bleuler utilizou-a pela primeira vez em 1908 para descrever alguns sintomas observados nos quadros de esquizofrenia, tais como: a fuga da realidade para o mundo interior (Lopes, 2021).

Segundo Durante (2012, p. 1), “a discussão em torno do tema autismo nos convida a enveredar por um longo e complexo campo de investigações marcado por contradições e controvérsias”. Para compreender como as pessoas possivelmente diagnosticadas na contemporaneidade com transtorno do espectro autista eram tratadas, é necessário recorrer a estudos da história da psiquiatria, especificamente das internações em hospitais psiquiátricos, antigos manicômios e asilos, que tinham o papel de “proteger” a sociedade mais do que tratar o ser humano (Lima *et al.*, 2019). Durante o século XX, as pessoas com alguma doença mental ou com alguma deficiência eram institucionalizadas, retiradas e afastadas do convívio familiar e social, submetidas a abordagens experimentais que incluíam cirurgias e contenção física, podendo permanecer nesses locais por toda a vida (Lima *et al.*, 2019).

É provável que essas instituições abrigassem muitas pessoas que hoje estariam no espectro do autismo. O que hoje seria considerado autismo, naquela época estava misturado à debilidade ou retardamento mental, o que colocava os autistas à mercê das mesmas abordagens restritivas usadas para essas outras condições (Lima *et al.*, 2019, p.38).

As primeiras descrições sobre o autismo surgiram na década de 1920 por GrunyaEfimovnaSukhareva, uma mulher judia, psiquiatra e pesquisadora. Grunya apresentou um estudo na Rússia (Manouilenko; Bejerot, 2015), e posteriormente na Alemanha (Manouilenko; Bejerot, 2015), no qual descreveu um quadro clínico de seis rapazes, o qual nomeou, *a priori*, como psicopatia esquizoide e, posteriormente, como psicopatia autística (Pozzi; Riesgo; Assumpção Junior, 2024). Embora tenha sido publicado duas décadas antes da primeira definição sobre autismo, em 1943, por Léo Kanner, raramente Grunya é referenciada (Manouilenko; Bejerot, 2015).

O estudo intitulado “Distúrbios Autísticos do Comportamento Afetivo”, desenvolvido por Leo Kanner, em 1943, é citado como o pioneiro para o autismo. Em sua pesquisa, ele observou onze crianças que apresentavam sinais parecidos de isolamento social, incapacidade

para realizar trocas afetivas e contato visual, com distúrbios na alimentação, dificuldades na comunicação (ecolalia e inversão pronominal), além de estereotípias e resistência a mudanças. Kanner também utilizou o termo “autismo infantil precoce” por identificar que tais sintomas estariam presentes desde o início da infância (Durante, 2012; Guedes; Carlos; Albuquerque, 2023; Lopes, 2021; Sanches; Taveira, 2020). Neste período, Bruno Bettelheim, um psicanalista, apresentou estudos que indicavam uma causa única para o autismo, enfatizando a culpabilização materna. Ele descreveu as famílias como “doentes”, com mães afetivamente negligentes ou que não desejavam os filhos, o que geraria dificuldades de relacionamento e um distanciamento entre pais e filhos (Henriques, 2018; Lopes, 2021; Lopes, 2017; Paoli; Machado, 2022). Essa visão também influenciou os estudos de Kanner, que, em 1943, relacionou as dificuldades maternas como causa do autismo. No entanto, é importante ressaltar que, em 1960, Kanner se retratou, pedindo desculpas às famílias por suas falas terem contribuído para o estigma da culpa materna.

Concomitante a essas pesquisas, em 1944, o psiquiatra Hans Asperger também publicou um estudo que descrevia quatro crianças com prejuízos na interação e comunicação, tendendo até ao formalismo. As crianças possuíam interesses restritos, apego a rotina e rituais, presença de habilidades incomuns, com capacidades cognitivas preservadas. Asperger denominou como “psicopatia autística” e acreditou ser algo da personalidade e não um transtorno do desenvolvimento (Henriques, 2018; Lopes, 2021; Sanches; Taveira, 2020).

Hans Asperger foi um médico que trabalhou durante muitos anos em Viena, durante o período nazista e, embora negasse laços com o regime de Hitler, alguns pesquisadores posteriormente encontraram documentos que garantiam sua lealdade ao partido (Sheffer, 2019). O historiador Herwig Czech, em 2009, encontrou documentos históricos e registros que não tinham sido explorados, como por exemplo: os arquivos pessoais e as avaliações das crianças atendidas na Clínica Spiegelgrund, inclusive pelo pediatra Asperger. Sua benevolência é questionada à medida que as descobertas sobre sua forma de trabalho são conhecidas (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2018; Sheffer, 2019). A clínica onde Asperger trabalhou praticava eutanásia e estima-se que 800 crianças deficientes ou doentes foram mortas neste local. Para os médicos nazistas leais ao partido, essas crianças poderiam apresentar comportamentos que contradizem a política de valorização da raça ariana de Hitler (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2018; Sheffer, 2019). Segundo Sheffer (2019), Asperger apresentava outros pontos polêmicos. Ele utilizava descrições de crianças autistas com termos depreciativos, se comparado a outros colegas

médicos, e negava o conhecimento sobre o trabalho desenvolvido por GrunyaEfimovnaSukhareva sobre autismo, mesmo citando-a em seus estudos (Manouilenko; Bejerot, 2015).

Kanner também apresentou algumas polêmicas ao descrever o autismo. Priorizou e enfatizou os déficits, apresentados de forma contraditória à socialização humana e ainda misturados com a ideia de retardo mental “...o que coloca os autistas à mercê das mesmas abordagens restritivas usadas para essas outras condições” (Lima *et al.*, 2019, p. 36), como doenças mentais e deficiências.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou a primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) incluindo e classificando os diferentes sinais do autismo como um subgrupo da esquizofrenia infantil, ligado à psicose infantil. Nesse período, ainda predominava a ideia unicausal para o autismo, advindo principalmente da psicanálise, com as metáforas de Kanner (Lopes, 2021). Impulsionado pela necessidade de repensar as causas do autismo (retirando a culpa dos pais), pelos avanços e sucesso dos neurolépticos, pela reforma psiquiátrica, pelas observações e investigações sobre o neurodesenvolvimento, e pelos déficits severos de cognição, o autismo passou a ser compreendido como um distúrbio cognitivo nas décadas de 1970 e 1980 (Lopes, 2021; Paoli; Machado, 2022).

Novas pesquisas foram surgindo, como o estudo de Michel Rutter em 1978, considerado um marco importante para novas classificações na terceira edição do DSM em 1980. O autismo foi incluído nos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) e separado pela primeira vez do grupo das psicoses infantis, afirmando o comprometimento da condição neurológica (Aflalo, 2014).

Rutter propõe novas definições para o autismo: 1) atraso e desvio sociais não apenas como função de retardo mental; 2) problemas de comunicação, não só em função de retardo mental associado; 3) comportamentos incomuns, como por exemplo movimentos estereotipados e maneirismos; e 4) início antes dos 30 meses de idade (Lopes, 2021, p. 23).

A complexidade do autismo foi foco de discussões e estudos relevantes para a Psiquiatria Infantil. Lorna Wing e seu marido, ambos psiquiatras e pais de uma filha com diagnóstico de autismo, dedicaram-se aos estudos sobre esse tema, defendendo a necessidade de maior compreensão e serviços para tratamento. Em parceria com Judith Gold, encontraram a tese de Asperger e conversaram informalmente com o próprio Asperger sobre diferenças e semelhanças dos sinais descritos por Kanner (Lopes, 2021). Em 1979, Lorna Wing e Judith

Gold descreveram a tríade de dificuldade: interação social, comunicação e imaginação, distinguindo-os das classificações apresentadas por Kanner (Lopes, 2021; Paoli; Machado, 2022). Tal estudo proporcionou a popularidade de Asperger bem como a descrição, nomeação e inclusão da Síndrome de Asperger (SA) em 1994 na quarta edição do DSM. Para o diagnóstico desta síndrome, foram considerados os critérios: socialização, comunicação e interesses restritos, repetitivos e estereotipados (Lopes, 2021). Nesse momento, o autismo passa a ser nomeado como Transtorno Autístico (TA) e pertence aos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID).

Ainda insatisfeita com a separação entre SA e TA, Lorna Wing idealizou a noção de um espectro amplo, dividido por níveis de suporte e que poderiam alterar entre si. A origem da nomeação de espectro autista foi consolidada por especialistas e resultou na alteração dos critérios de diagnósticos, em 2013, publicada no DSM-V, como Transtorno do Espectro Autista (TEA), inserido no eixo dos Transtornos do Neurodesenvolvimento. O TEA passa a ser dividido em três diferentes níveis: leve, moderado e severo (Associação Americana de Psiquiatria, 2014; Lopes, 2021).

Atualmente, segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014) e após revisão do DSM-V lançada em 2022, o TEA permanece na categoria dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, com início precoce na infância, tendo como critérios para diagnóstico: déficits na comunicação e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento ou interesses. Tais características podem variar de pessoa para pessoa e acarretar em prejuízos na forma como realiza as atividades em seu cotidiano, sendo graduadas em nível 1 (“Exigindo apoio”), nível 2 (“Exigindo apoio substancial”) e nível 3 (“Exigindo apoio muito substancial”). No Brasil, o guia que auxilia na composição do diagnóstico médico é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), que está em sua décima primeira versão e segue o que foi proposto no DSM-V para o TEA com uma diferenciação importante sobre a questão da deficiência intelectual e a retirada da Síndrome de Asperger, levando também em consideração as descobertas atualizadas sobre a história (American Psychiatric Association, 2013; Organização Mundial da Saúde, 2011; Freire; Nogueira, 2023).

Em 2015, foi realizado um estudo com modelos de prevalência mundial e regional que apresentou como resultado: um diagnóstico de autismo a cada 132 pessoas (Baxter *et al.*, 2015).

Nos EUA, os estudos de prevalência são realizados de dois em dois anos, somente com crianças com oito anos de idade, pelo *Centers for DiseaseControlandPrevention* (CDC). Tais pesquisas apresentaram como resultado um crescimento significativo na última década. Os dados coletados no ano de 2010 e publicados em 2014 referiam a prevalência de uma criança diagnosticada com autismo a cada 68. Já no último estudo divulgado em 2023, com dados referentes ao ano de 2020, uma criança é diagnosticada com autismo entre 36 (*Centers for DiseaseControlandPrevention*, 2023).

No Brasil, embora ainda não existam estudos sobre prevalência, essa questão foi incorporada no censo demográfico em 2019, por meio da lei nº 13.861 (Brasil, 2019). Com a crise sanitária decorrente da Pandemia do Covid-19 e cortes financeiros, o censo foi realizado em 2022, porém, os dados não foram disponibilizados em sua totalidade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Tomazelli, Girianelli e Fernandes (2023) desenvolveram um estudo sobre a incidência acumulada do Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD)³ em crianças atendidas em 246 Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), divididos em 205 municípios e casos informados divididos em 470 municípios do território nacional, no período de 2013 a 2019. Foram analisados os dados de 21.107 crianças em acompanhamento, sendo a incidência acumulada de 13,2/10.000 e destas 30,6% foram diagnosticadas com autismo.

Diante do exposto, mesmo nos limitando somente à questão diagnóstica, pode-se observar o quanto a temática sobre o autismo é complexa e integra diferentes focos de discussões e pesquisas. Com relação à nosologia, origens e apresentações, o TEA é considerado por uma parte de especialistas como um transtorno e, por outros, uma doença a ser curada (Lucena; Oliveira, 2023; Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). A expressividade numérica de pessoas autistas, os debates e pesquisas sobre quais as melhores abordagens para o cuidado dessas pessoas, revelam a importância da reflexão crítica sobre as questões referentes ao tratamento, normatização e formas de inclusão social. Dentro desse contexto, as próprias pessoas autistas vêm lutando para serem ouvidas, por meio de um movimento iniciado no início da década de 1990: o movimento da neurodiversidade.

³Destaca-se que nesta época estava em vigor no Brasil a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10), que compreendia o autismo infantil pertencente ao grupo do TGD.

2.2 Neurodiversidade

O termo neurodiversidade destaca as variações neurológicas que cada ser humano possui, o que torna possível diferenciar uns dos outros na maneira de ser, agir, pensar, expressar. Essa terminologia foi difundida e apresentada na década de 1990 por Judy Singer, uma socióloga australiana que estudou três gerações de mulheres diagnosticadas com autismo em sua tese de doutorado intitulada *“The Birth of Community Amongst People on the Autistic Spectrum: A personal exploration of a New Social Movement based on Neurological Diversity”* (Alencar; Barbosa; Gomes, 2022; Freitas, 2016). Judy foi uma criança que apresentava diminuição do contato visual, dificuldade na comunicação espontânea e na interação social, sofria *bullying* e era excluída por outras crianças na escola que frequentava. Sua mãe também apresentava alguns comportamentos considerados diferentes, porém, foi somente após o nascimento de sua filha que percebeu que poderia haver algo hereditário entre as três últimas gerações e descobriu a SA (Alencar; Barbosa; Gomes, 2022). Judy analisou o autismo sob a lente do Modelo Social da Deficiência. Ela idealizou e acreditou na criação de um movimento livre e ativo, similar ao dos grupos feministas, étnico-raciais e de deficientes, no qual os autistas pudessem também ser ouvidos e inseridos (Paoli; Machado, 2022).

Para compreender o movimento da neurodiversidade, é necessário transcender os discursos médicos, de educadores e especialistas, pois o lema é o mesmo adotado pelo movimento das pessoas com deficiência: “nada sobre nós sem nós” (Ortega, 2008, p. 68). O movimento da neurodiversidade defende aqueles que são discriminados por suas diferenças neurológicas, questionando o binômio saúde-doença (Henriques, 2018). O movimento vem ganhando força ao deslocar as concepções estigmatizadas e preconceituosas sobre o autismo, descritas por Kanner (década de 1940), para as concepções biológicas-cerebrais, da década de 1980 e 1990 (Ortega, 2009). Assim, ao considerar o autismo como uma condição neurológica, emerge a concepção de que o mesmo não é uma doença a ser curada e, dessa forma, se afastando de tratamentos e práticas que buscam a cura e a normatização (Paoli; Machado, 2022). “Se o autismo não é uma doença e sim uma diferença, a procura pela cura constitui uma tentativa de apagar a diferença, a diversidade” (Ortega, 2008, p. 72).

O movimento da neurodiversidade contribui para reflexões sobre a linha tênue entre diferença e deficiência. De um lado, existe um grupo composto especialmente por familiares e alguns profissionais da saúde que lutam por possibilidades de tratamento e consideram o

autismo como deficiência. Tais práticas estão associadas principalmente à utilização de terapias especializadas e intensivas que objetivam principalmente a diminuição de comportamentos considerados inadequados. Do outro lado, as próprias pessoas diagnosticadas com TEA, ativistas, que conseguem comunicar suas dificuldades e necessidades, ampliam as discussões sobre deficiência e diferença e abrem espaços para questionamentos de formas de tratamento que reprimem quem são (Ortega, 2008).

Há também disputas em relação à escolha da terminologia. De um lado, há o grupo que prefere “pessoas com autismo” considerando a deficiência, e por outro lado, os ativistas que referem ser “pessoas autistas”⁴ considerando suas diferenças e respeitando-as (Henriques, 2018). “Ser visto à luz do fantasma de quem se esperava que você fosse é uma espécie de violência emocional para muitos autistas” (Henriques, 2018, p. 101).

Salienta-se que ao considerar a neurodiversidade e as diferenças das pessoas autistas em sua singularidade, não se contrapõe à necessidade de terapias e medicamentos, mas sim a práticas que vislumbram a normatização do comportamento a qualquer custo, sem respeito às singularidades das pessoas e às suas potências (Alencar; Barbosa; Gomes, 2022).

2.3 Formas de cuidado

A invisibilidade das crianças, a forma de compreendê-las tão qual um mini adulto, a negligência e a ausência de políticas públicas durante o período entre os séculos XVIII e XX, auxiliaram para que formas de assistência surgissem tardiamente (Honda, 2020; Oliveira *et al.*, 2017). No campo da saúde mental brasileira, a primeira política pública especificamente para a área da infância e adolescência, foi impulsionada pela reforma sanitária e psiquiátrica durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que culminou na criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) em 2002 (Lima *et al.*, 2019).

Pioneira em propor uma rede de cuidados a crianças autistas e de forma não exclusiva, a Saúde Mental considerou questões importantes de inclusão e participação social como forma de tratamento, atendendo a crianças e adolescentes com diversos diagnósticos de transtornos mentais e/ou intenso sofrimento psíquico (Fernandes *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2017).

⁴ Terminologia adotada por essa pesquisadora por considerar o movimento da neurodiversidade e o desejo das pessoas autistas.

Anterior à criação dos CAPSi, as crianças autistas eram cuidadas em instituições filantrópicas como: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Instituição Pestalozzi ou por instituições não governamentais criadas por pais, como por exemplo: a Associação dos Amigos do Autista (AMA), criada em 1983 e apoiada nas experiências dos EUA e da Europa (Honda, 2020; Oliveira *et al.*, 2017).

O CAPSi é um local para atendimento específico para crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico, cujo impacto da saúde mental dificulta a convivência social e realização de projetos de vida (Brasil, 2002).

A ausência de políticas públicas durante todo o século XX fez com que as famílias se tornassem ativistas importantes na garantia de cuidado à assistência e formas de ensino às crianças autistas. De forma simultânea à criação dos CAPSi ocorreu a multiplicação das AMAs e o fortalecimento e expansão da rede de familiares de pessoas autistas com a criação de associações como por exemplo: Associação Brasileira de Autismo (ABRA) e a Associação para Ação dos Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA) (Lima *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2017).

O engajamento dos pais, organizados e estruturados em várias associações, propulsionou a criação de algo inédito: a aprovação da Lei do Autismo ou Lei Berenice Piana como é conhecida a lei nº 12.764/2012 que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas com TEA (Brasil, 2012; Cascio; Andrada; Bezerra, 2019; Honda, 2020; Oliveira *et al.*, 2017). Preocupados e inspirados pela forma de cuidado, principalmente advinda dos EUA, os familiares buscaram ativamente junto ao Ministério Público, em 2011, a regulamentação de um protocolo para a assistência de pessoas autistas. Para isso, um grupo de trabalho foi criado e composto por diferentes atores como: sociedade civil, familiares, gestores, profissionais da saúde, universidades, entre outros. Não houve consenso sobre a forma de assistência. Em oposição, um grupo propôs ações considerando o autismo como deficiência, necessitando de local específico para o tratamento e o outro, corroborando com o que estava sendo oferecido pelo SUS na Saúde Mental, com atendimentos nos CAPSi (Fernandes *et al.*, 2024; Honda, 2020; Lima *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2017).

A polarização produziu, em 2013, dois documentos distintos apresentados pelo Ministério da Saúde no Brasil sendo eles: 1. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA (2014) e 2. Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com TEA e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS (Brasil, 2014; 2015). As linhas desses documentos divergem quanto a concepções. Enquanto as Diretrizes enfatizam o quadro clínico do autismo

e sua sintomatologia, a Linha de Cuidado integra teorias da psiquiatria, psicanálise, neurociência, cognitiva e biológica para evitar desfechos reducionistas (Oliveira *et al.*, 2017). Os dois documentos, entretanto, convergem quanto ao início precoce e à participação da família, à necessidade do trabalho em equipe, utilização de instrumentos de rastreios, da CID10 e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e atenção quanto às comorbidades clínicas (Brasil, 2014; 2015; Lima *et al.*, 2019).

As discussões entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial impactam diretamente no investimento público, na criação de novas leis e projetos, mas, acima de tudo, na forma como o cuidado é estabelecido e gerenciado. Com tal polarização, questões como doença *versus* neurodiversidade; tratamento em centros especializados *versus* tratamento no território; inclusão *versus* exclusão, são temas fortemente defendidos por grupos opostos (Cascio; Andrada; Bezerra, 2019; Fernandes *et al.*, 2024). As discussões e contrastes com relação à concepção e formas de assistência também são relatadas por diversos países que, embora tardiamente, estão construindo políticas públicas para a assistência a pessoas autistas, como por exemplo: EUA, Itália, Índia, Reino Unido, Austrália, Canadá, Espanha, França, Holanda e Alemanha. Tais países não possuem leis específicas para pessoas autistas e estão incorporando-as às leis gerais para deficientes. De forma geral, nos países citados, o movimento é o de buscar parcerias para o desenvolvimento de pesquisas que possam indicar a prevalência, ampliação do cuidado, inclusão e aumento do conhecimento da população sobre as pessoas autistas (Honda, 2020; Kopetz, 2012).

Com relação à forma de tratamento, as polêmicas e controvérsias também são observadas e atualmente uma das mais popularizadas refere-se à Ciência do Comportamento, especificamente a Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis*- ABA) com origem do radical Behaviorismo (Batisteti, 2023; Guedes; Carlos; Albuquerque, 2023; Oliveira *et al.*, 2017; Zhuang *et al.*, 2024). Criada por Skinner, na década de 1940, a ABA foi colocada em prática com crianças autistas por Ivar Lovaas, na década de 1960, após tentativas sem sucesso com outras populações, como por exemplo: esquizofrenia, homossexuais, entre outros. Sua utilização ganhou notoriedade após a publicação em 1987 intitulada: “Tratamento comportamental e funcionamento educacional e intelectual normal em jovens crianças autistas” (*Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children*) desenvolvido por Lovaas (Fernandes *et al.*, 2024; Fernandes; Amato, 2013).

A ABA tem como objetivo reduzir os comportamentos considerados inadequados, almejando moldar tais comportamentos para adquirir habilidades adaptativas e socialmente aceitas. Utiliza um sistema de recompensa e reforçadores dos comportamentos com punições e também calcada na dor (Fernandes *et al.*, 2024). Desde a sua criação, a ABA tem sido considerada a única e melhor forma de tratamento para autistas e com evidências científicas. Entretanto, discussões atualizadas sobre a forma de sua aplicação, principalmente relatadas por ativistas autistas, evidenciaram a necessidade de pensar sobre a efetividade do método ABA e também sobre novas formas de cuidado. Para os ativistas autistas, essa se caracteriza justamente por ser uma terapia com objetivo de extinguir quem são em sua diversidade (Henriques, 2018; Ortega, 2008; 2009).

Em 2023, a Associação Médica Americana (AMA) aprovou a resolução intitulada: Revisão de H-185.921 - Retirada do Apoio da AMA à Análise Comportamental Aplicada (*Revision of H-185.921, Removal of AMA Support for Applied Behavior Analysis*), retirando o apoio à ABA como a única forma de tratamento com evidência para pessoas autistas. Essa ação justificou-se por diversos argumentos, dentre eles: o alto investimento dos EUA e do Canadá somente nessa abordagem, lucros do complexo industrial do autismo⁵, críticas às técnicas utilizadas com história de abusos, práticas prejudiciais e maus-tratos relatados por adultos, tensionamentos entre o objetivo de uma criança parecer normal e aceitá-la em sua diversidade, associação a maiores prejuízos com relação à saúde mental como riscos de suicídio e transtornos do estresse pós-traumático e falta de dados sobre a repercussão na vida adulta do tratamento realizado na infância (American Medical Association House of Delegates, 2023).

O tratamento por meio da ABA foi importado para o Brasil, principalmente por familiares que lutam por direitos e acesso a um local de assistência para seus filhos. Broderick e Roscigno (2021) aponta para a criação de algo que nomeou como: O Complexo Industrial do Autismo pautado na política do medo e na esperança da recuperação da criança em sua normalidade baseada principalmente na ABA. No Brasil, as divergências nas construções das políticas públicas, a polarização entre os centros de reabilitação, clínicas especializadas e a atenção psicossocial está fragmentando e muitas vezes impactando negativamente o cuidado às pessoas autistas. Segundo Ricci *et al.* (2023), o aumento das clínicas especializadas para tratamento de crianças autistas têm gerado precariedade no

⁵ O Complexo Industrial do Autismo é uma expressão utilizada para definir um sistema que torna o autismo uma mercadoria conectando mercadorias, mercados e consumidores para obtenção de lucro.

trabalho das terapeutas, com elevada carga horária de trabalho, escassez de material e sofrimento psíquico, o que produz atendimento precários em que “retiram-se inúmeras oportunidades das crianças, como a de se relacionarem com seus pares, brincarem de forma livre e espontânea, se expressarem fora do contexto controlado e disciplinador das terapias” (Ricci *et al.*, 2023, p. 20).

Com o aumento da prevalência mundial, a popularização e a expansão do autismo, novas formas de pensar o tratamento é urgente e alguns estudos indicam a importância do cuidado multiprofissional que incorpore outras áreas tanto da saúde, como da Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Musicoterapia, Fisioterapia e Psicologia, quanto a área da Educação e da Tecnologia (Baker *et al.*, 2023; Batisteti, 2023; Cunha, 2017; Kopetz, 2012; Little *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2017).

Diante desse cenário, o cuidado em Terapia Ocupacional para crianças autistas tem apresentado maior impacto com aumento de publicações e interesses, especialmente, na última década e será apresentado mais detalhadamente a seguir (Baker *et al.*, 2023; Batisteti, 2023; Jirikowic *et al.*, 2023a; 2023b; Little *et al.*, 2023; Matsukura; Soragni, 2013; Patten *et al.*, 2023a; 2023b).

CAPÍTULO 3

TERAPIA OCUPACIONAL, AUTISMO E O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA

3.1 A Terapia Ocupacional e o autismo

Segundo Folha e Barba (2020, p. 229) “a atenção à infância é uma das áreas de atuação mais estruturada e desenvolvida na terapia ocupacional”. Uma das problemáticas mais usuais para o atendimento de crianças abarca as dificuldades para a aquisição dos marcos do desenvolvimento infantil (Peruzzolo; Barbosa; Souza, 2018; Gomes; Oliver, 2010). O tipo de cuidado a ser oferecido é extremamente dependente do raciocínio clínico-profissional da terapeuta ocupacional, podendo estar voltado para a melhora dos déficits ou para a realização das atividades na vida cotidiana, ou para ambos, em uma composição que nem sempre é explícita e reconhecível no discurso público da profissão (Marcolino, 2015).

O cenário contemporâneo com o aumento da visibilidade sobre o autismo tem alavancado o interesse de inúmeros pesquisadores da área, inclusive na Terapia Ocupacional (Batisteti, 2023; Broderick; Roscigno, 2021; Góis Junior, 2022; Matsukura; Soragni, 2013; Oliveira; Barros Júnior, 2021). No período de 2000 a 2010, Matsukura e Soragni (2013) realizaram um estudo de revisão bibliográfica com artigos internacionais e brasileiros sobre a prática da terapia ocupacional junto a indivíduos autistas. O estudo evidenciou que a literatura internacional aponta o uso da Integração Sensorial (IS) em sua maioria, enquanto os nacionais com diversas técnicas e possibilidades de intervenção como por exemplo: o brincar, a família, a psicomotricidade, entre outros. No período estudado, observa-se que a literatura internacional enfatizava o uso do Interacionismo Simbólico para pessoas autistas, porém Rodgeret *al.* (2010) exaltam uma preocupação em não tornar as ações da terapeuta ocupacional como sinônimo de integração sensorial. A descrição da utilização da integração sensorial como forma de tratamento em Terapia Ocupacional é vista em diferentes países como: EUA, África do Sul, Brasil, Austrália, Espanha e Japão (Cunha, 2017; Elias, 2022; Mapurunga *et al.*, 2021; Pfeiffer *et al.*, 2011; Schoen *et al.*, 2019; Van Der Walt *et al.*, 2024).

Para a construção do diagnóstico de autismo atualmente considera-se as dificuldades com relação ao prejuízo na comunicação e interação social, padrões repetitivos e restritos de comportamento/interesses e devem estar presentes de forma precoce. As dificuldades do processamento sensorial são descritas (hipo ou hiperreativos) e devem ser observadas dentro dos comportamentos repetitivos e restritos (Associação Americana de Psiquiatria,

2014; Organização Mundial da Saúde, 2011). Para a Terapia Ocupacional, o importante é como essas dificuldades impactam a realização das atividades que sustentam o cotidiano, pensadas de forma integral e no cenário social. Quando o sujeito é visto de forma fragmentada corre-se o risco de perder a essência da Terapia Ocupacional enquanto profissão (Batisteti, 2023). A criança realiza diferentes atividades como por exemplo: brincar, estudar, atividades de vida diária e está inserida em um contexto familiar e social que devem ser relevantes para o tratamento em Terapia Ocupacional, pois é dessa forma que está inserida socialmente (Baker *et al.*, 2023; Jirikowic *et al.*, 2023a; Jurdi; Silva, 2021; Novak; Honan, 2019).

Para Martínez (2016), as crianças autistas podem apresentar dificuldades para a realização das atividades de vida diária como por exemplo: banho, alimentação, vestimenta e necessidades fisiológicas e conseguem adquirir novas habilidades por meio das intervenções de Terapia Ocupacional. A dificuldade com relação ao engajamento e à participação social também são pontos críticos e que podem acarretar em prejuízos na forma de brincar, de estar com outros pares, da participação escolar e atividades extraescolares e na comunicação. Por isso também deve ser foco nas intervenções de Terapia Ocupacional (Baker *et al.*, 2023; Jirikowic *et al.*, 2023a; Martínez, 2016; Novak; Honan, 2019). Outro aspecto relevante para o tratamento em Terapia Ocupacional são as questões referentes à saúde mental e ao sofrimento psíquico decorrentes de três fatores: saúde mental das pessoas autistas (suas comorbidades, desregulação emocional, entre outras); fatores ambientais (humanos/sociais e não humanos/físicos); e a realização ou não de ocupações (autocuidado, atividades de vida diária, participação social e relacionamentos) (Kirby; Morgan; Hilton, 2023). De acordo com pesquisas recentes, os autistas relatam que a saúde mental deve ser prioridade, devido ao alto índice de suicídio - principal morte dos indivíduos autistas (Jirikowic *et al.*, 2023a; Kirby; Morgan; Hilton, 2023; Patten *et al.*, 2023a; 2023b).

As intervenções em Terapia Ocupacional devem incluir o conhecimento de habilidades e não somente as dificuldades, o auxílio ao paciente na melhora da autoestima e da autodeterminação, no desejo de estar com o outro, na realização das atividades de lazer respeitando ao interesse do sujeito autista e na ampliação da participação social, visto que, esta propicia, de fato, a melhora na qualidade de vida (Jirikowic *et al.*, 2023a; Kirby; Morgan; Hilton, 2023; Patten *et al.*, 2023a; 2023b). Segundo Patten *et al.* (2023a), é necessário incluir as necessidades e desejos dos indivíduos autistas nas intervenções de Terapia Ocupacional para ampliar e construir espaços na sociedade. O terapeuta ocupacional é um

profissional com profundo conhecimento sobre saúde mental em sua prática clínica e deve transpor o foco no recorte da IS.

O terapeuta ocupacional contemporâneo deve considerar algumas premissas em sua prática clínica junto aos pacientes autistas, como por exemplo: o respeito a subjetividade, a autonomia, identificar as potências, auxiliar na participação social, na qualidade de vida, na inclusão da família nos atendimentos e também compreender os direitos de cada paciente (Matsukura; Minatel; Fernandes, 2022).

Desde o início da profissão Terapia Ocupacional no Brasil, com a expansão dos cursos durante a ditadura militar e consequente luta por direitos sociais, terapeutas ocupacionais começaram a produzir uma prática em diálogo com as desigualdades ligadas aos aspectos sociais da doença e deficiência, a pobreza e os direitos humanos (Mello *et al.*, 2022). Nessa direção, buscou-se desenvolver práticas críticas à perspectiva biomédica e de reabilitação, buscando aumentar a participação social da população alvo dos terapeutas ocupacionais e construir uma sociedade mais igualitária (Cardinalli; Silva, 2021; Marcolino *et al.*, 2020). No bojo dessas construções teórico-práticas, desenvolveu-se o MTOD. Esse referencial teórico-metodológico possui como objetivo da intervenção em Terapia Ocupacional, a inserção social do sujeito, tecendo críticas às práticas que se pautam exclusivamente no paradigma médico e da reabilitação (Benetton, 2005). As proposições do MTOD serão apresentadas a seguir.

3.2 O Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD)

O MTOD foi construído por Jô Benetton, desde a década de 1970, sob a epistemologia de colocar a prática como objeto de estudos, sistematizando os fenômenos, advindos principalmente de sua experiência clínica, por meio da teoria da técnica (Benetton; Marcolino, 2013; Maximino, 2023).

Para a construção do referencial teórico-metodológico do MTOD, Marcolino e Fantinati (2014) identificaram três fases distintas. A primeira fase, de 1984 a 1993, evidenciou uma forte influência da psicanálise; a segunda fase, de 1994 a 1999, proporcionou um maior aprofundamento para a construção de conceitos e procedimentos, com a organização do MTOD; e a terceira fase, a partir de 2000, resultou em um maior delineamento com a identificação de semelhanças entre os estudos de Jô Benetton e os de Eleanor C. Slagle que culminou na inserção do MTOD no paradigma da Terapia

Ocupacional. Tal paradigma foi reconhecido e nomeado nos EUA desde a década de 1970, com base no Programa de Treinamento de Hábitos criado por Eleanor Clarke Slagle, fundadora da primeira escola para terapeutas ocupacionais. Distancia-se do Paradigma Médico, com foco em práticas direcionadas aos sintomas e déficits, e do Paradigma da Reabilitação, com a expectativa de retorno a um estado anterior, de voltar a ser (Araújo, 2022; Benetton, 2010; Cestari *et al.*, 2024; Marcolino *et al.*, 2020; Maximino, 2023) e aproxima-se da busca pela saúde e ampliações dos espaços de saúde originados na dinâmica da relação triádica (terapeuta ocupacional-sujeito alvo- atividades) (Benetton, 2010; Marcolino *et al.*, 2020).

O MTOD orienta e é guiado pela prática e investigação clínica, possui um arcabouço teórico-metodológico constituído por conceitos de saúde e espaços de saúde; ampliação e construção de espaços de saúde e cotidiano; e inserção social. Possui conceitos instrumentais como a relação triádica, seus termos e seu movimento dinâmico; o quarto termo; diagnóstico situacional; ação educativa e função terapêutica; e a integração entre o pensar e o fazer por meio da análise das atividades, uma avaliação dialógica, com a utilização da técnica: Trilhas Associativas (Araújo, 2022; Cestari *et al.*, 2024; Marcolino; Fantinati, 2014).

O objetivo final das intervenções no MTOD é a participação e a inserção social do sujeito alvo, iniciada e construída em um *setting* que comporta a relação triádica e sustentada pela transferência positiva, uma relação de afeto na qual o terapeuta ocupacional acredita e investe no desenvolvimento e na capacidade de aprendizado do paciente (Benetton, 1994; Cestari *et al.*, 2024; Marcolino *et al.*, 2020).

O terapeuta ocupacional é o responsável pelo manejo da dinâmica da relação triádica e por proporcionar novas experiências e possibilidades de aprendizados que podem favorecer a ação do sujeito alvo, que se encontra em uma posição de exclusão. Deve ser ativo e conhecer diversas técnicas e dinâmica de realização de atividades: “a terapeuta ocupacional tem de ser inteligente, culta e saber usar isso para desenvolver atividades, pois apenas desta maneira poderá transformá-las em instrumento para a terapia ocupacional” (Benetton, 1994, p.29).

O terapeuta ocupacional do MTOD deve ser atento e observar de forma perscrutadora e investigativa “esse olhar que vai em busca das informações contidas nos procedimentos de realização de atividades” (Benetton, 1994, p. 39). Ao observar a forma como o sujeito realiza as atividades na relação triádica, é necessário que o terapeuta ocupacional memorize e crie associações entre as informações e as ações do paciente, para, assim, auxiliar na

identificação, construção e ampliação de possíveis espaços de saúde, iniciados na relação triádica e abertos para o cotidiano. Para Benetton (1993), o terapeuta ocupacional precisa ter um afeto imperioso que, por meio da transferência positiva, demonstra interesse em conhecer as necessidades e desejos do sujeito-alvo, transformando-os em diferentes formas de ensino e aprendizagem com respeito e liberdade, e acreditando na capacidade e potência singular de cada paciente (Araújo, 2022; Cestari *et al.*, 2024).

Para o MTOD, a população alvo da Terapia Ocupacional está em uma posição de exclusão e o sujeito alvo é alguém com necessidades e desejos de fazer terapia ocupacional, que vive experiências cotidianas sociais que o desvalorizam e muitas vezes são reconhecidos pelo que não fazem, vistos principalmente pela lente da doença e dos déficits, o que o torna excluído socialmente (Araújo, 2022; Benetton, 1994; Cestari *et al.*, 2024).

O terceiro termo da relação triádica para o MTOD são as atividades, no plural, devido a sua amplitude e diversidade. São definidas como o instrumento da Terapia Ocupacional e podem ser diversas como: jogar, cozinhar, estudar, falar, entre outras, a depender das necessidades e dos desejos do sujeito alvo.

Não tenho dúvidas quanto ao uso ou não de atividades. Tenho como pressuposto que as atividades – todas aquelas que possam ser usadas, limitadas apenas pela situação externa a própria Terapia Ocupacional – devem ser, além de conhecidas, ensinadas para o paciente. Sobre isso, e só sobre a realização de atividades, poderemos ir em busca de técnicas que permitam a observação e reconhecimento da subjetivação da ação (Benetton, 1994, p.21).

A forma como cada sujeito alvo realiza e aprende as atividades está inserida na dinâmica de realização de atividades, “conhecida por estar embutida na técnica e se caracteriza pela qualidade de permitir aglutinar, superpor, queimar, trocar e criar etapas sem alterar o produto” (Benetton, 1994, p. 30).

Para o MTOD, o procedimento de realização de atividades permite coletar informações, investigar e identificar novos caminhos que poderão ser trilhados com sentido e significado, reconhecido e qualificado pelo sujeito alvo na dinâmica da relação triádica (Benetton, 1994).

As atividades são indissociáveis dos outros termos da relação triádica e assim, possuem triplo domínio de funções: terapêutico, educativo e social (espaços de saúde e cotidiano) que as diferem da utilização de recursos, estes que são inseridos e retirados dos procedimentos à medida que o sujeito alvo necessita, como por exemplo: uso de

conhecimentos e aplicação da abordagem de integração sensorial, técnicas de comunicação alternativa, *bobath*, psicanálise, entre outros (Benetton, 1994; 2006).

A instauração e a dinâmica da relação triádica acontecem em um *setting* que pode ser a sala do terapeuta ocupacional ou se estender a outros espaços sociais que comportem a relação triádica, como por exemplo: cinema, shopping, farmácia, restaurantes, escola, entre outros. A sala de Terapia Ocupacional deve ser constituída por elementos que reflitam as características pessoais do terapeuta ocupacional e que possam servir como modelo para o sujeito-alvo, favorecendo a dinâmica de realização de atividades. No MTOD, o *setting* é definido como “um espaço internamente aberto para receber e externamente aberto para estimular o partir” (Benetton, 1994, p. 67).

A dinâmica da relação triádica é considerada o núcleo do MTOD e sustenta os processos contínuos e não sequenciais de intervenção, sendo eles: construção do diagnóstico situacional; estabelecimento e manejo da relação triádica; construção dialógica de sentidos e ampliação de espaços de saúde, de cotidiano e inserção social. São assentados na singularidade do sujeito alvo, de forma não protocolar, com ética e estética, “essa capacidade de olhar para o outro e realmente aceitá-los” (Melloet *al.*, 2022, p. 93), ou seja, que pertence e depende de cada sujeito alvo, distanciando-se de ideias pré-concebidas e julgadoras (Araújo, 2022; Benetton, 1994; Benetton *et al.*, 2021; Marcolino *et al.*, 2020).

A construção do diagnóstico situacional, que é descritivo e analítico, permite a identificação das necessidades e desejos do sujeito alvo, para além do diagnóstico clínico, livre e sem o uso de protocolos e avaliações pré-definidas, pode ser composto por informações provenientes das observações da terapeuta ocupacional, falas e ações do próprio paciente e percepções de outras pessoas de sua convivência (Benetton, 1994; Cestari *et al.*, 2024; Mastropietro; Cestari; Marcolino, 2022) Para Benetton, como expresso em Maximino (2023, p. 93): “O diagnóstico situacional é você saber quem é o sujeito na vida e não quem é o sujeito doente ou com problema”.

O processo dialógico de construção de novos sentidos, que deve acontecer continuamente, também se sustenta de modo privilegiado por meio da técnica de análise de atividades: Trilhas Associativas. Essa técnica prevê que, por meio de associações e agrupamentos realizados pelo sujeito alvo e dialogadas com o terapeuta ocupacional, o sujeito analise constantemente seu processo e qualifique o que é saudável, por ele, e não pela sociedade. Esse processo instaura a construção de um espaço de historicidade, no qual ele pode identificar suas potencialidades e dificuldades em relação ao que é, ao que faz e como

constrói relações interpessoais e sociais no cotidiano, vislumbrando e refletindo sobre seu próprio futuro (Araújo, 2022; Benetton, 1994; Benetton; Marcolino, 2013; Cestari *et al.*, 2024).

O processo contínuo de ampliação de espaços de saúde é iniciado e experimentado na relação triádica, é qualificado e validado de forma singular pelo sujeito, a partir do que o mesmo considera saudável e que deseja transpor ao seu cotidiano, ampliando sua participação e inserção social. Assim, para o MTOD, o sujeito alvo tem a possibilidade de ampliar sua participação na sociedade por meio da ampliação de atividades em seu cotidiano, sendo ele mesmo o protagonista de sua história, sem esperar pelas mudanças sociais para que seja possível sua participação. Nesse caminho, é o sujeito quem se torna agente dessa mudança social (Araújo, 2022; Benetton, 2010; Mello *et al.*, 2022).

O social, compreendido de modo similar ao que é proposto por Bruno Latour, antropólogo francês e criador da Teoria Ator Rede (TAR), caracteriza-se por ser um movimento dinâmico e fluido, fruto das interações entre humanos e nãohumanos. Nesse processo, novos coletivos passam a ser construídos, mesmo onde não se esperava a participação social dessa pessoa, alterando, assim, o sistema social estruturante prévio (Marcolino *et al.*, 2020).

Na medida em que é o sujeito-alvo o protagonista de sua história, capaz de expandir as atividades que realiza em seu cotidiano, novas associações e conexões vão sendo estabelecidas no âmbito social (Araújo *et al.*, 2024; Benetton, 2010; Marcolino *et al.*, 2020). Esse social, como compreendido por Latour (2012), mostra-se em construção e apresenta a ideia de que não é algo apartado ou exclusivo das interações humanas, mas sim associações que ocorrem mediadas por atores humanos e nãohumanos. Os mediadores (atores, humanos e nãohumanos) atuam na constituição do social, mas de uma perspectiva de construção de um novo coletivo. Os significados são transportados, modificados, gerando outros movimentos de ação com novos atores e elementos. Assim, cria-se uma rede de associações, onde o social não é algo dado ou imposto, mas construído por conexões entre os atores, que favorecem o agir no mundo (Latour, 2012; Marcolino *et al.*, 2020).

Para compreender a construção desse novo social, é necessário seguir e rastrear os atores, buscando compreender as conexões existentes entre eles. Para Latour (2012), o social apresenta um dinamismo, uma vez que novas associações podem surgir a qualquer momento, podendo ser ampliadas a partir do micro (pequenas associações) e evoluindo para o macro (com mais conexões), por meio de associações com elementos mais complexos: “Quanto

maior for o número de associações, mais livre será o ator, justamente porque terá mais opções de ação” (Latour, 2012, p. 216).

Assim, o conceito de inserção social pode ser compreendido como o movimento de construção de um novo coletivo por meio da ação do próprio sujeito na realização de atividades a partir do seu modo de ser, fazer e se relacionar, decorrente da ampliação dos espaços de saúde (Marcolino *et al.*, 2020).

Para Maximino, Petri e Carvalho(2012) a inserção social está intimamente ligada aos processos de ampliação dos espaços de saúde, é construída de forma singular e única, com respeito aos desejos de necessidades do sujeito alvo que é livre para identificar e construir sua saúde e o próprio social.

O MTOD com seus conceitos, procedimentos e objetivo final das intervenções pode ser utilizado com qualquer população alvo, inclusive na clínica da infância como foi explorado no artigo “O referencial teórico-metodológico de Jô Benetton nas intervenções de terapia ocupacional com crianças: uma revisão de escopo” (Cestari *et al.*, 2024). O estudo trouxe visibilidade a um referencial brasileiro, apresentando evidências baseadas na prática de forma singular e não protocolar, com respeito ao considerar cada criança e sua família em um processo dinâmico e situacional. Também apresenta como resultado um aumento da produção teórica com a temática da infância e a utilização do MTOD, especialmente após a década de 2010. Dos 26 estudos analisados, seis descreviam práticas com crianças autistas (Benetton, 1993; Cestari *et al.*, 2024; Hernandez, 2010; Matsukura, 1997; 2001; Varela *et al.*, 2022) que permitiram visualizar alguns conceitos, como por exemplo: dinâmica da relação triádica, diagnóstico situacional e construção de sentidos, porém, é necessário aprofundamento com relação ao objetivo final das intervenções, ou seja, conhecer as possíveis construções e ampliações de espaços de saúde que favorecem ou dificultam a inserção social do sujeito alvo.

Cestari *et al.* (2024) evidenciaram que o MTOD, inserido no paradigma da Terapia Ocupacional e descrito por Novak e Honan (2019) como uma perspectiva contemporânea, apresenta uma abordagem clínica que se afasta de práticas normativas focadas exclusivamente no déficit ou nos sintomas. Em contrapartida, aproxima-se da compreensão integral da criança, que perpassa o diagnóstico clínico e reconhece sua singularidade em relação às suas necessidades e aos seus desejos. As intervenções centradas exclusivamente nos déficits são criticadas tanto no MTOD quanto na literatura internacional, pois podem enrijecer e fragmentar o cuidado, impactando diretamente a possibilidade de transformações e

na construção do cotidiano da criança (Calheiro *et al.*, 2019; Ferreira; Martinez; Barba, 2022; Kreider *et al.*, 2014). A prática construída a partir do manejo da relação triádica e com a utilização de processos contínuos e não sequenciais possibilita a construção de um diagnóstico situacional, de forma não protocolar e que integra informações advindas de diferentes atores (família, equipe escolar, amigos, entre outros), além das observações e falas do sujeito alvo. Esta revisão revela que a utilização de instrumentos padronizados pode ocorrer somente quando ocorre a necessidade observada na relação triádica, sendo assim, sensíveis à singularidade da criança (Benetton *et al.*, 2021; O'Brien; Kuhaneck, 2019).

O estudo também sugere a utilização de múltiplas atividades, não apenas o brincar, que devem ser guiadas pelo desejo e pela liberdade da criança, realizadas em um contínuo processo de ensino e aprendizado (ação educativa), iniciadas em um *setting*, como a sala da terapeuta ocupacional, e ampliadas para outros espaços, onde pode ser vivenciada a dinâmica da relação triádica. A escolha das atividades e o brincar de forma livre favorecem o aprendizado de novas habilidades e o engajamento social, promovendo maior satisfação e interesse em incorporá-las ao seu cotidiano (Benetton, 1993; Kuhaneck; Spitzer; Bodison, 2019; Novak; Honan, 2019). Com relação ao social, o artigo destaca a importância do quarto termo, especialmente o papel da família, no processo de intervenção. De forma colaborativa, esses atores são fundamentais para que as atividades possam ser realizadas, ampliadas e sustentadas no cotidiano da criança, em seu contexto social. É necessário que as pessoas que convivem com a criança conheçam suas habilidades e dificuldades, para que assim possam construir novos sentidos e promover novas experimentações (Brooks; Bannigan, 2021; Fernandes *et al.*, 2019; Guerzoniet *et al.*, 2008; Novak; Honan, 2019; Romagnoli *et al.*, 2019).

Além disso, Cestari *et al.* (2024) deram visibilidade à possibilidade de construção de sentidos realizada pela própria criança, favorecendo para que, a partir de experiências vividas na Terapia Ocupacional, ela possa associar aspectos de sua vida cotidiana e suas ações, conectando-os com seus desejos e necessidades, sendo a protagonista de sua história. Tais achados corroboram a necessidade de uma investigação mais aprofundada e da crescente busca metodológica que inclui a perspectiva da criança (Cestari *et al.*, 2024; Mastropietro; Cestari; Marcolino, 2022).

CAPÍTULO 4

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Após a realização da revisão de escopo apresentada anteriormente (Cestari *et al.*, 2024), somando-se às experiências da pesquisadora com a população infantil, e considerando o que foi apresentado na Parte 1 deste estudo, como por exemplo: o cenário atual de práticas da Terapia Ocupacional com pessoas autistas e a necessidade de novas formas de intervenção, torna-se importante analisar a aplicabilidade do MTOD com crianças autistas, investigar os potenciais resultados de práticas sustentadas por esse referencial diretamente com crianças e com outras pessoas relevantes a fim de compreender os possíveis caminhos para alcançar esse fenômeno complexo: a inserção social de crianças autistas. Para isso, algumas questões de pesquisas foram formuladas: Quais as contribuições da Terapia Ocupacional para a inserção social de crianças autistas que são acompanhadas por terapeutas ocupacionais que atuam com o MTOD? As pessoas atendidas por terapeutas ocupacionais que utilizam o MTOD conseguem ampliar os espaços de saúde e serem inseridas socialmente? Os processos terapêuticos no MTOD conseguem oferecer indícios sobre o que favorece ou dificulta essas possíveis construções e ampliações?

Parte 2

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar e descrever processos que explicitem as contribuições do MTOD para a inserção social de crianças autistas.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Identificar aspectos específicos nos processos de cuidado em Terapia Ocupacional, sob os pressupostos do MTOD, que favoreçam a inserção social dessa população alvo;

2.2.2 Identificar, do ponto de vista dos diferentes atores envolvidos (crianças autistas, familiares, outras pessoas relevantes), compreensões sobre o cuidado em Terapia Ocupacional sob os pressupostos do MTOD.

Parte 3

Metodologia e Percurso Metodológico

3 METODOLOGIA E PERCURSO METODOLÓGICO

Na terceira parte desta tese, composta por dois capítulos, será apresentada a metodologia utilizada e o percurso metodológico que delineou o estudo. Esta pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa, de natureza exploratória-descritiva em pesquisa de campo e é apresentado no Capítulo 5, a Metodologia de Análise Situacional (AS), proposta por Adele Clarke (2005). A AS é considerada uma refundamentação pós-moderna da “*groundedtheory*” (Teoria Fundamentada nos Dados - TFD). O giro pós-moderno foi identificado em áreas como Ciências Sociais e Humanas enfatizando não apenas um sistema único de crenças, mas sim, um caminho construído por diversas possibilidades, com ênfase na localidade, parcialidade, posicionamento, heterogeneidade, procurando investigar situações e fragmentos complexos por meio da coleta de dados realizada com diferentes atores (humanos e nãohumanos) (Clarke, 2003).

No Capítulo 6, é explicitado o percurso metodológico, com a descrição dos participantes, a construção dos instrumentos utilizados, os processos de coleta e análise dos dados e a consideração dos aspectos éticos envolvidos.

CAPÍTULO 5

REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 Da teoria fundamentada nos dados à análise situacional

Sendo esta uma pesquisa original e um estudo exploratório inicial sobre esse fenômeno complexo, a escolha pela metodologia de Análise Situacional é relevante, pois integra um discurso heterogêneo, envolvendo diversos atores humanos e não humanos. Essa abordagem favorece a compreensão da situação em sua totalidade, ao incorporar as vozes das minorias e um discurso frequentemente silenciado.

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) recebeu influência do Interacionismo Simbólico e do Pragmatismo e foi desenvolvida na década de 1960 por Barney Glaser e Anselm Strauss, dois sociólogos que buscavam criar uma metodologia que se contrapusesse à abordagem positivista predominante na época. Essa teoria visava oferecer uma alternativa ao modelo de pesquisa hipotético-dedutivo tradicional, propondo uma abordagem mais aberta à construção de teorias com base nos dados empíricos observados (Santos *et al.*, 2016).

Glaser, que estudou na Universidade de Columbia, tinha um forte embasamento em métodos quantitativos e na teoria sociológica, aplicando esses conhecimentos para investigar como o sistema social influencia a vida dos indivíduos. Já Strauss, formado pela Universidade de Chicago, possuía uma sólida formação em pesquisa qualitativa, com um olhar crítico para os métodos da época e uma ênfase no desenvolvimento de novas teorias (Fernández, 2017). A TFD propõe, assim, a geração de teorias a partir da análise sistemática dos dados, permitindo uma construção teórica que emerge da realidade observada, em vez de ser imposta a partir de hipóteses pré-estabelecidas (Alves *et al.*, 2017; Ássimos; Pinto, 2022).

...a TFD compreende a realidade a partir do conhecimento da percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa. Consiste em método para construção de teoria com base nos dados investigados de determinada realidade, de maneira indutiva ou dedutiva que, mediante a organização em categorias conceituais, possibilita a explicação do fenômeno investigado (Alves *et al.*, 2017, p. 500).

Glaser e Strauss, em 1965, publicaram o primeiro livro intitulado *Awareness of Dying*, utilizando a TFD (Glaser; Strauss, 2017). Nesse estudo, analisaram como os pacientes terminais conseguiam aprender sobre suas condições de saúde/doença por meio da interpretação de ações simbólicas de profissionais que raramente falavam sobre a morte ou reconheciam o processo de morrer dos seus pacientes, com quem interagiam em sua rotina (Frank; Polkinghorne, 2010). As etapas desse estudo foram tão bem definidas – tanto na

coleta quanto na forma rigorosa e sistemática de análise – que contribuíram para minimizar as críticas relacionadas à pesquisa qualitativa. A TFD é um método empírico que estuda a vida social e busca compreender a realidade a partir de relações e significados entre pessoas, contextos e objetos (nãohumanos) (Mussi, 2004).

Em 1967, Strauss e Glaser publicaram o texto original denominado “The Discovery of Grounded Theory”. Neste estudo, evidenciaram as estratégias metodológicas utilizadas e defenderam o desenvolvimento de teorias a partir do que analisaram em seus dados e não de leitura prévia ou hipóteses teóricas (Cassiani; Caliri; Pelá, 1996; Santos *et al.*, 2016). Na TFD, a amostragem utilizada para a coleta de dados não é somente selecionada por tentativas de ser representativa de algum corpo social ou população (ou heterogeneidade), mas especialmente por teorizar preocupações que surgiram após uma análise prévia (Clarke, 2003). Denominada como amostragem teórica, a ênfase está na busca por novas fontes de dados (pessoas ou objetos) que podem melhor explicar e incluir múltiplos aspectos de interesses para a teorias específicas que emergiram nessa coleta de dados.

A amostra teórica é o processo de coleta de dados com a finalidade de gerar teoria, em que o pesquisador ao mesmo tempo que coleta, codifica e analisa seus dados e decide quais dados coletará em seguida e onde encontrá-los, de modo a desenvolver a teoria (Mieto; Bousso, 2014. p.462).

Após algumas divergências sobre a TFD, Glaser e Strauss se separaram. Glaser continuou seus estudos utilizando os princípios clássicos da TFD, enquanto Strauss foi incorporando a base empírica na condução da investigação, deslocando o método para uma análise com descrição interpretativa dos dados. Esse processo deu origem a diferentes vertentes: a Clássica, a Straussiana, a Construtivista, proposta por Charmaz e a Refundamentação Pós-Moderna, proposta por Clarke (Braun; Clarke, 2006; Clarke, 2003; 2005; 2015).

5.2 A Refundamentação Pós-Moderna: Análise Situacional

A Análise Situacional (AS) pertence ao tronco da vertente construtivista, representa de forma concomitante a atualização metodológica e um giro discursivo. Resgata elementos das bases da TFD, como: a abdução de Charles Pierce, o pluralismo de John Dewey e as ideias sociais de George Mead e Foucault. A refundamentação tem a base no pensamento pragmatista, onde o valor da teoria está na aplicação prática. Devido à ideia de pluralismo, a

amostragem teórica não será focada, mas sim sensível a diferentes atores, vozes e ponto de vista, em diferentes locais, com a possibilidade de ampliar as informações (Fernández, 2017).

O giro pós-moderno não é um sistema único de crenças, mas sim um caminho construído por diversas possibilidades, com ênfase na localidade, parcialidade, posicionamento, heterogeneidade e também na investigação de situações e fragmentos complexos (Clarke, 2003).

Clarke (2005) acredita que, com o avanço da complexidade do mundo e a inclusão de um discurso heterogêneo, surge a necessidade de novos métodos que possam responder às preocupações e questionamentos. Seguindo os caminhos já iniciados por Strauss sobre o mundo, arena/negociações sociais, Clarke propõe uma ampliação desse trabalho, na qual o micro e o macro se relacionam por meio de técnicas de análise, sem prejudicar a complexidade. Ele incorpora o discurso e assume a situação, em sua totalidade, como unidade de análise, abrindo-se para o registro da pluralidade, heterogeneidade, discursos silenciados e vozes minoritárias. O problema a ser investigado é uma situação e o pesquisador deve ser ativo, criando maneiras que possibilitem a inclusão de qualquer ponto de vista (Clarke, 2003; Fernandez, 2017).

Estou afirmando que os interacionistas (e outros) podem e devem expandir seu ambiente teórico, ampliar sua perspectiva para ser sensível a analisar domínios mais gerais e maiores da ação social, porém a ação não é suficiente. Nosso foco analítico precisa estar totalmente na situação de investigação amplamente concebida (Clarke, 2003 p. 556, tradução própria).

A TFD deu ênfase ao processo social básico e à ação humana, como, por exemplo, o ato de viver com doenças crônicas. No entanto, ao redor desse processo, estão elementos particulares: diferentes condições e contextos, estratégias distintas, além de ações e reações de atores humanos e nãohumanos que se entrelaçam nesse processo (Clarke, 2003). A AS alimenta a base da TFD com um olhar centrado na situação, o que pode auxiliar nas pesquisas qualitativas ao engajar preocupações das teorias pós-modernas sobre as diferenças e complexidades da vida social. A noção de “situação”, entendida como uma unidade analítica de análise, entrelaça humanos, nãohumanos e contextos na perspectiva transacional, com experiências de mundo sempre flexíveis e dinâmicas. Essa abordagem enfatiza o sentido das relações com o outro e a maneira como a força social influencia ações situadas (Aldrich; Rudman, 2016). Os cientistas ocupacionais utilizam a ideia de situação como aquilo que dificulta formas de agir e ser, podendo ser uma doença, imigração, um local, entre outras (Aldrich; Rudman, 2016).

Para Clarke (2003), a AS tem como objetivo renovar o método TFD, distanciando-se das raízes positivistas e incluindo os processos sociais e as ações, com ênfase na análise situacional que provoque uma teorização fundamentada provisória, em vez de focar no desenvolvimento de teorias formais como objetivo. A abordagem inclui diferentes atores (humanos e não humanos), o que possibilita a ampliação da compreensão do complexo fenômeno pesquisado. Clarke (2005) acredita que há necessidade de novos métodos de pesquisa diante do avanço da complexidade do mundo e da necessidade de inclusão de discursos heterogêneos. O percurso da pesquisa apresenta-se, em parte, aberto, pois podem ocorrer alterações ao emergirem novas questões a partir da produção de dados. Assim, podem surgir novas hipóteses que revelem outras possibilidades para abordar o problema de pesquisa e para as perguntas das entrevistas, de forma dinâmica (Cassiani; Caliri; Pelá,1996).

CAPÍTULO 6

PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, respeitando as diretrizes e normas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Foi aprovado sob o número 5.431.953(AnexoA). A produção de dados teve início somente após sua aprovação, e após o consentimento dos sujeitos com as devidas assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Assentimento e Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz (Anexo B). Para esta pesquisa foram utilizados nomes fictícios ou códigos para preservar a identidade dos sujeitos.

6.2 Participantes da pesquisa

Com base na metodologia da AS, a amostragem inicial foi composta por três terapeutas ocupacionais *experts* no MTOD. Para Schell e Schell (2008), que valorizam anos de prática reflexiva como medida de desenvolvimento de habilidades profissionais, ao invés somente de anos de experiência, terapeutas ocupacionais podem ser considerados proficientes quando possuem mais de cinco anos de prática reflexiva e *experts* com mais de dez anos. Tal delimitação é pertinente pois os profissionais *experts* apresentam habilidades, características e conhecimentos que permitem reflexões mais aprofundadas tanto em situações cotidianas como em situações imprevisíveis (Araújo, 2022).

Cada terapeuta ocupacional indicou um paciente e seu familiar para compor a amostragem inicial. Foram respeitados os critérios de inclusão sendo eles: ser autista, que estivesse em atendimento em terapia ocupacional no momento da produção de dados, ter sido atendimento durante a infância ou ser criança, e que seus familiares também aceitassem participar. A participação de familiares neste estudo, justifica-se na medida em que são pessoas do convívio social da criança e que podem contribuir para melhor compreensão das questões de pesquisa.

Como a AS permite dinamicidade no processo da pesquisa, das três terapeutas ocupacionais *experts* que aceitaram o convite, uma delas atendia um jovem de 29 anos que foi atendido por ela durante a infância no período de 2006 a 2011, quando o mesmo

tinha inicialmente 11 anos e havia retornado à Terapia Ocupacional após aproximadamente o período de um ano e permanece até os dias atuais. As pesquisadoras consideraram importante incluí-lo na amostragem inicial na medida em que seria possível compreender de forma longitudinal os elementos que dificultaram e/ou favoreceram as possíveis contribuições da Terapia Ocupacional em seu processo de inserção social.

Os participantes da pesquisa foram organizados em três grupos denominados Compaixão, Tirolesa e Aquarela, compostos por um terapeuta ocupacional, o sujeito-alvo e seu respectivo familiar. Nos grupos Tirolesa e Aquarela, também participaram uma acompanhante terapêutica e uma psicóloga.

A amostragem inicial foi composta por nove participantes, sendo três terapeutas ocupacionais, três pacientes e três familiares. Após análise inicial dos dados, observou-se a necessidade de incluir novos atores, como, por exemplo, membros da equipe que também atendiam às crianças: uma acompanhante terapêutica e uma psicóloga. A amostragem final foi composta por onze participantes, que será melhor apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição dos grupos que compõem a amostra desta pesquisa

Grupos	Participantes da pesquisa	Códigos e nomes fictícios	Município
Compaixão	Terapeuta Ocupacional	TO do Carlos	Cidade de médio porte do interior do estado de SP
	Sujeito alvo Idade: 29 anos	Carlos	
	Mãe	Mãe do Carlos	
Tirollesa	Terapeuta Ocupacional	TO do Teodoro	Capital do estado de SP
	Sujeito alvo Idade: 7 anos	Teodoro	
	Mãe	Mãe do Teodoro	
	Acompanhante Terapêutico	AT do Teodoro	
Aquarela	Terapeuta Ocupacional	TO da Gisele	Capital do estado do CE
	Sujeito alvo Idade: 10 anos	Gisele	
	Mãe	Mãe da Gisele	
	Psicóloga	Psicóloga da Gisele	

AT: Acompanhante Terapêutico; CE: Ceará; SP: São Paulo; TO: Terapeuta Ocupacional. Fonte: elaboração da pesquisadora.

6.3 Local da pesquisa

O local de pesquisa foi diversificado entre consultórios particulares de Terapia Ocupacional e de forma virtual, de acordo com a necessidade observada pela pesquisadora e terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa.

Grupo Compaixão: todas as entrevistas foram realizadas presencialmente no consultório particular da terapeuta ocupacional que acompanha o jovem em uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo (SP). A primeira entrevista foi realizada somente com a terapeuta ocupacional e a pesquisadora, a segunda com a terapeuta ocupacional, a pesquisadora e o jovem e a terceira entrevista com a terapeuta ocupacional, a pesquisadora, o jovem e sua mãe.

Grupo Tirolesa: as entrevistas com a terapeuta ocupacional e a acompanhante terapêutica foram realizadas de forma virtual, por meio de uma plataforma e de um aplicativo de comunicação (WhatsApp), em um ambiente reservado e silencioso. A entrevista com a mãe e a coleta de dados com a criança foram realizadas de forma presencial, no consultório da terapeuta ocupacional que o atende, localizado na capital do estado de SP. A primeira entrevista foi realizada somente com a presença da terapeuta ocupacional, a segunda entrevista com a presença da criança e da terapeuta ocupacional que a atende e a terceira entrevista somente com a presença da mãe.

Grupo Aquarela: a entrevista com a terapeuta ocupacional e a coleta de dados com a criança foram realizadas de forma virtual, utilizando plataformas de comunicação, em um espaço reservado e silencioso. A primeira entrevista foi somente com a presença da terapeuta ocupacional e a segunda foi realizada com a criança e a terapeuta ocupacional que a atende, no consultório particular desta, na capital do estado de Fortaleza, Ceará. A entrevista com a mãe e a psicóloga foi realizada de forma virtual, por meio de um aplicativo de comunicação (WhatsApp).

6.4 Instrumentos para produção de dados

Para atingir os objetivos propostos, a AS sugere a utilização de diversos métodos para coleta de dados, como por exemplo: realização de entrevistas intensivas, observações de campo, conversas informais, entre outros, com o objetivo de aprofundar os significados e processos implícitos, tornando-se mais evidentes (Cassiani; Almeida, 1999, Clarke, 2003). Na AS, não é necessário um roteiro de entrevista prévio, e pode-se partir de uma pergunta disparadora que favoreça ao participante falar livremente sobre o tema em questão. Neste estudo, foram utilizados a entrevista semiestruturada e também perguntas disparadoras como: Como você vê a repercussão da Terapia Ocupacional no cotidiano da criança?

Para as terapeutas ocupacionais foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo 12 questões abertas. Antes de sua utilização, ele foi avaliado por uma terapeuta ocupacional *expert* no MTOD, mestre e doutora, e integrante de grupos de pesquisas. A terapeuta ocupacional sugeriu adicionar uma questão, que considerava relevante. Assim, o roteiro foi finalizado com 13 questões abertas (AnexoD).

Para as mães (familiares) foram utilizadas questões disparadoras como: Como você chegou até o atendimento da terapeuta ocupacional? Quais necessidades observava? Quais as repercussões da Terapia Ocupacional que você observa no cotidiano do seu filho?

Para os pacientes (duas crianças e um adulto) foram utilizados métodos criativos com o uso de fotografias, filmagens e a própria técnica de trilhas associativas do MTOD, além de questões disparadoras como: O que você faz aqui na Terapia Ocupacional? Quais atividades mais gosta? Você acha que aprendeu alguma coisa na Terapia Ocupacional? Você gosta de estar na Terapia Ocupacional? O que você faz na Terapia Ocupacional? Tais questões disparadoras possibilitaram que a criança pudesse narrar de forma livre a história vivida e na Terapia Ocupacional com associações entre as aquisições experimentadas em seu cotidiano, com o auxílio da terapeuta ocupacional e da pesquisadora para realizar o aprofundamento necessário.

Segundo Martins Filho e Barbosa(2010, p. 9), “as crianças se apresentam como sujeitos desconhecidos”, por isso é importante investir na ideia de conhecer o seu mundo a partir do real significado para elas, coletando vozes, olhares, pensamentos, sentimentos e saberes. Para investigação com crianças, é consenso nas pesquisas a utilização de ao menos dois procedimentos metodológicos, sendo os mais utilizados: registro fotográfico, filmagens e uso de desenhos das crianças (Martins Filho; Barbosa, 2010).

6.5 Procedimentos

6.5.1 Identificação e localização dos participantes

Na primeira etapa do estudo, realizada em parceria com o CETO, uma terapeuta ocupacional e pesquisadora do MTOD foi contatada. A pesquisadora, que defendeu sua tese em 2022 intitulada “O raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais do Método Terapia Ocupacional Dinâmica” (Araújo, 2022), entrevistou terapeutas ocupacionais consideradas especialistas e indicadas por seus pares para garantir a confiabilidade de sua expertise no MTOD. Foi solicitado que essa terapeuta ocupacional enviasse uma carta convite (Anexo C) para as terapeutas ocupacionais que participaram de sua pesquisa e que atendem crianças. Três terapeutas atenderam ao convite e confirmaram sua participação, pois cumpriam os critérios de inclusão deste estudo: serem terapeutas ocupacionais *experts*, especialistas no MTOD, indicadas por pares e com experiência no atendimento a crianças autistas.

A pesquisadora enviou um e-mail para cada terapeuta ocupacional para esclarecer e explicar de forma aprofundada os objetivos do estudo e as etapas do mesmo. Neste primeiro momento foi compartilhado os números do aplicativo virtual de comunicação (WhatsApp) para facilitar o encontro entre a pesquisadora e cada terapeuta ocupacional.

Para a realização da entrevista com a terapeuta ocupacional, foi esclarecido que a mesma precisaria responder às questões do roteiro semiestruturado de forma fundamentada em um caso clínico que atende e que este paciente e seu responsável deveriam ser contactados previamente para verificar a possibilidade de aceite e interesse em participar da pesquisa, considerando as próximas etapas do estudo. Para isso, foi enviado previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o terapeuta ocupacional com os respectivos termos para o familiar e o Termo de Assentimento para as crianças.

6.5.2 Produção de dados

Todas as entrevistas foram previamente agendadas e audiogravadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A primeira etapa da produção de dados foi a realização de entrevistas intensivas com os terapeutas ocupacionais, sendo realizadas duas de formas presenciais e uma de forma remota. A segunda etapa, após a realização da entrevista com as terapeutas ocupacionais, foi agendada a data e horário para realização da coleta de dados com o paciente, sendo mediado integralmente pela terapeuta ocupacional, que participou ativamente junto com a pesquisadora, favorecendo a obtenção de um material robusto para análise. Com os familiares, duas mães combinaram com a terapeuta ocupacional de seus filhos para realizar as entrevistas de forma presencial, durante as sessões. Uma terceira mãe foi entrevistada no formato virtual, com seu consentimento para compartilhar seu número pessoal do aplicativo de comunicação (WhatsApp) com a pesquisadora. A escolha por utilizar o aplicativo foi justificada devido às dificuldades da mãe no agendamento da entrevista, com relação a horários pré-definidos e a dinâmica familiar, além de características pessoais que dificultam a realização de entrevistas intensivas.

Após as entrevistas realizadas com os participantes do grupo Tirolesa e Aquarela foi observada a necessidade de inclusão de outras pessoas do convívio social da criança. As terapeutas ocupacionais indicaram a psicóloga/psicanalista da Gisele e a acompanhante terapêutica (AT) do Teodoro para que pudessem contribuir com a pesquisa. Foi solicitado

autorização do responsável que permitiu o contato com esses profissionais. A pesquisadora contactou as integrantes da equipe por meio do aplicativo de comunicação virtual (WhatsApp), elas responderam positivamente e compartilharam suas observações após a questão disparadora: Quais repercussões do trabalho da terapeuta ocupacional você observa no cotidiano da criança?”.

As etapas da produção de dados podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Produção de dados da pesquisa.

Grupo	Participantes	Instrumentos	Métodos criativos ou utilização da técnica TrilhasAssociativas	Data	Forma
Compaixão	TO do Carlos	Entrevista com roteiro semiestruturado	Apresentação das trilhas associativas	09/03/23	Presencial
	Carlos	Entrevista com questões disparadoras	Apresentação das trilhas e atividades realizadas na sessão	04/05/23	Presencial
	Mãe do Carlos	Entrevista com questões disparadoras	-----	01/06/23	Presencial
Tirolesa	TO do Teodoro	Entrevista com roteiro semiestruturado	Apresentação de um caderno com as atividades realizadas em cada sessão	21/04/23	Virtual
	Teodoro	Entrevista com questões disparadoras	Uso de APP para comunicação alternativa e ampliada e organização da terapia ocupacional com utilização da escrita para facilitar a evocação de palavras pelo paciente	08/02/24	Presencial
	Mãe do Teodoro	Entrevista com questões disparadoras	-----	08/02/24	Presencial
	AT do Teodoro	Entrevista com questões disparadoras (WhatsApp)	Utilização de fotos	09/10/24	Virtual

Aquarela	TO da Gisele	Entrevista com roteiro semiestruturado	-----	01/03/24	Virtual
	Gisele	Entrevista com questões disparadoras	Uso de fotografias apresentadas pela terapeuta ocupacional clínica e escolhidas pela paciente para narrar sua história vivida nas sessões	10/07/24	Virtual
	Mãe da Gisele	Entrevista com questões disparadoras (WhatsApp)	-----	11/07/24	Virtual
	Psicóloga da Gisele	Entrevista com questões disparadoras (WhatsApp)	-----	14/10/24	Virtual

AT: Acompanhante Terapêutico; TO: Terapeuta Ocupacional. Fonte: elaboração da pesquisadora.

No total, foram realizadas 11 entrevistas, a entrevista mais longa foi com a terapeuta ocupacional do Carlos com duração de 97 minutos e a com menor tempo de duração foi com a psicóloga da Gisele com 15 minutos. Todas as entrevistas foram audiogravadas e transcritas pela pesquisadora.

As entrevistas foram mediadas pelas terapeutas ocupacionais clínicas, que as agendaram previamente e explicaram aos pacientes como seria o encontro com a pesquisadora. A escolha pela metodologia de AS possibilitou o uso de métodos criativos para a coleta de dados e facilitou o processo, tornando-o algo livre, guiado pelo paciente e conduzido pela curiosidade e interesse da pesquisadora em conhecer cada história vivida nas sessões de Terapia Ocupacional. Cada participante mostrou-se receptivo à pesquisadora, com sorrisos, abraços e gentilezas observados em seu convite para conhecê-los. Cada sujeito alvo será apresentado individualmente, considerando sua singularidade e o método criativo utilizado no primeiro encontro para a realização da coleta de dados.

1. Carlos, um jovem comunicativo, educado e interessado por computação e tecnologias, iniciou a entrevista dando uma aula à terapeuta ocupacional sobre o que seria de fato importante ensinar aos seus alunos, a aula era sobre programação e consertos do computador. Entre diálogos fragmentados sobre essa temática e outros sobre a sua vida cotidiana, Carlos conseguiu narrar sua história e com o auxílio de sua terapeuta ocupacional apresentou suas dificuldades, aquisições, suas trilhas associativas (Figura 1) e suas conquistas ao longo do tempo sendo cuidado por essa terapeuta ocupacional. Recordou momentos difíceis e como conseguiu superá-los e ensinou a pesquisadora um nobre sentimento que aprendeu nas sessões: a compaixão pelo outro que poderia estar passando por um momento mais difícil.

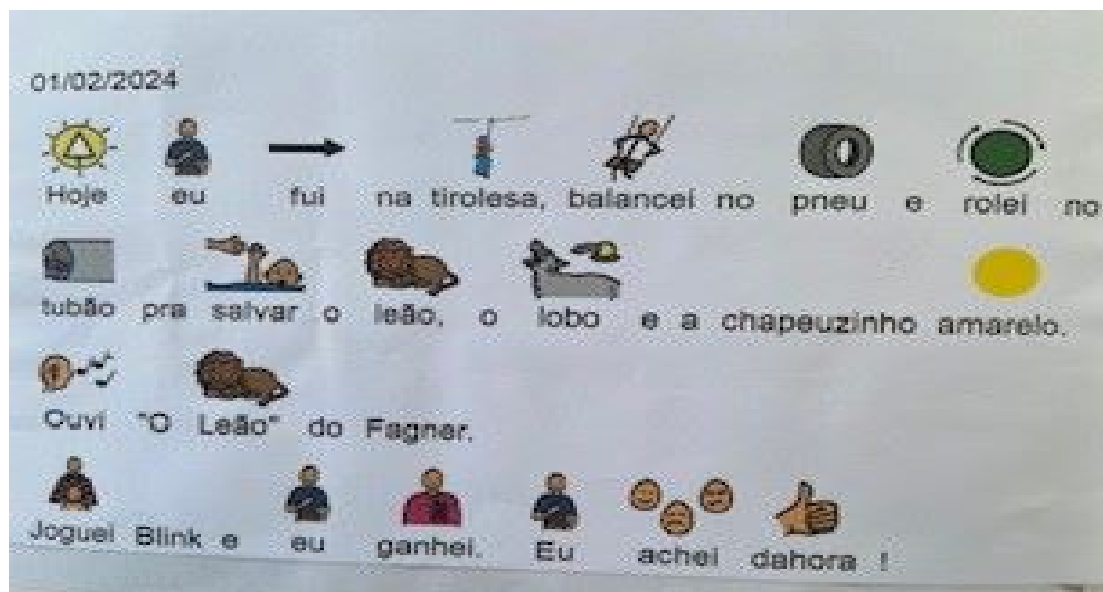
Figura 1 - Trilhas Associativas apresentada pelo Carlos e sua terapeuta ocupacional.

ANTES	DEPOIS HOJE
□ - TAMBÉM	□ 1.87 TAMBÉM
ASSUSTADO AUXILIADORA	TECNICO INFORMATICO
GAMER APRENDIZ 1º COELHO SABIDO	GAMER PRO
NÃO CONCERTAR ELETRÔNICO	FERRAMENTAS PARA CONCERTAR ELETRÔNICO
SOLITÁRIO AMIGOS	AMIGOS 'VERDADEIRO' - RAP TRAMPOLIM
DIVIA DEPENDENDO DA MÃE PISAR	PEGA ONIBUS SOZINHO - COM ASSA
SÓ ESTUDAVA	TRABALHO MAGALU (LIBERAL)
NÃO SABIA	DUOLINGO TODO DIA

Fonte: Acervo da pesquisadora.

- Teodoro é uma criança observadora e ativa, interessado por leitura e escrita principalmente de marcas de produtos comercializados (roupas, lojas, perfumes entre outros). Aceitou o convite e com o auxílio da terapeuta ocupacional clínica conseguiu contar à pesquisadora por meio de um aplicativo de comunicação aumentativa e alternativa (CAA) o que gostava de realizar e o que aprendeu nas sessões, sendo a tirolesa e o elefantinho colorido os que mais gostou. Apresentou diversas marcas, perguntou e respondeu quais gostava e quais a pesquisadora gostava, o que pode ser interpretado como um convite a um diálogo com respeito a sua forma de ser e pertencer no mundo. A entrevista incluiu momentos contendo as narrativas vividas nas sessões de Terapia Ocupacional (Figura 2) e sobre as marcas que ele gostaria de conversar.

Figura 2 - Narrativa do Teodoro sobre as atividades realizadas nas sessões de Terapia Ocupacional.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

3. Gisele é uma criança sorridente, comunicativa e ativa. Escolheu e apresentou com auxílio da terapeuta ocupacional várias fotografias de momentos vivenciados nas sessões. A todo momento gostava de se olhar na câmera, mexer no cabelo e posar para fotos, é vaidosa e gosta de artes. Entre narrativas do que foi experimentado e aprendido na Terapia Ocupacional, Gisele tinha um sorriso solto, uma gargalhada, perguntas sobre outras crianças e pausas para mostrar seu *look* e acessórios, além do vestido de sua terapeuta ocupacional. É artista e encerra a entrevista cantando e convidando a pesquisadora e terapeuta ocupacional clínica para cantarem juntas um trecho da música “Aquarela” que, segundo ela, é a que mais gosta de tocar no piano.

6.5.3 Análise de dados

Foi utilizada a análise proposta por Braun e Clarke(2006), própria para a metodologia utilizada. A análise situacional mantém a *codificação aberta*, processo de microanálise, que tem a função de nomear e categorizar por meio de exame minucioso dos dados, criando códigos para agrupá-los por semelhança e torná-los categorias (Cassiani; Almeida, 1999; Cassiani; Caliri; Pelá, 1996; Santos *et al.*, 2016).

Para a análise dos dados obtidos por diferentes atores humanos e não humanos, em diferentes contextos e coletados por distintas fontes, Clarke (2003) propõe a construção de três mapas: 1) Mapas situacionais (desorganizados e organizados) que integram diferentes discursos de elementos humanos e não humanos que possam afetar a situação problema e relacionar-se entre si; 2) Mapas das arenas e mundo sociais que evidenciam os atores coletivos, elementos-chaves não humanos e arenas concomitantes que estão engajados, oferecendo interpretação mediana da situação, mas reconhecendo as ações coletivas e organização social e institucional no discurso. Os mapas de arena são negociações fluidas, sem limites e porosos; 3) Mapas posicionais que mostram as principais posições tomadas e não tomadas, assim como preocupações com as controvérsias em torno da situação estudada.

Tais mapas não articulam somente pessoas ou grupos, mas buscam alcançar a representação do alcance completo de posições, questões particulares e contradições individuais e coletivas. É uma ferramenta para análise de dados, que permite transitar por diferentes caminhos e conectar pontos de interesse em comum, que permite associar um mapa aos outros, de forma fluida e dinâmica. Pode-se retirar ou introduzir novos elementos, ampliando a capacidade para analisar e representar a multiplicidade. Essas combinações e conexões permitem narrar histórias distintas (Clarke, 2005; Fernández, 2017).

Para a construção dos mapas, embora não seja uma etapa obrigatória, Clarke (2003; 2005) recomenda a utilização prévia da codificação dos dados, seguindo os moldes clássicos da TFD, principalmente quando o material discursivo é extenso.

Dessa forma, o *locus* da análise será a situação “Contribuições da Terapia Ocupacional com o MTOD para a inserção social de pessoas autistas”.

Após a pesquisadora ouvir os áudios das entrevistas e realizar as transcrições das mesmas, foi realizada uma leitura minuciosa, aprofundada, repetidas vezes, para construir, a partir dos dados, a primeira codificação. Tais códigos, como sugerido pela TFD, foram iniciados linha a linha, porém devido ao excesso de códigos criados, optou-se por mesclar linha a linha com parágrafo a parágrafo de forma manual, como no exemplo abaixo.

Quadro 3 - Exemplo do processo de análise de dados.

Trecho da entrevista de uma participante:

Pesquisadora:[...]como que foi a construção então, do diagnóstico situacional? TO do Carlos: O diagnóstico foi importante até para guiar as prioridades de ações assim. Então, num primeiro momento, como ele tinha o repertório muito pequeno produtivo, ampliar era a

primeira necessidade, assim sabe, para depois ir pensando em outras necessidades. Assim, a priori, a primeira que eu via e isso, ficou muito marcante na minha vida com ele foi porque ele, se você perguntar um dia para ele assim, ele vai lembrar. Ele vai falar “Fui eu que zerei o primeiro joguinho do coelho sabido da TO” sabe assim, porque era alguma coisa que ele amou, a possibilidade de ter um espaço para ele desenvolver habilidade que ele já gostava, porque era um lugar muito limitado, porque as pessoas falavam que isso tinha interferência com pensamento e que isso não era legal. Então eu fui meio que na contramão dizendo assim, espera, a gente pode começar daí e depois, a gente amplia ou modifica, amplia um repertório, aí sim, vai ter chances de conseguir fazer outras coisas. Mas antes vamos começar por aí, que é um lugar que já é sabido que ele tem vontade, e que ele tem habilidades porque era visível a habilidade para a questão do eletrônico, assim, sabe, era muito evidente.

Códigos provisórios:

Construção do diagnóstico situacional

Identificação dos desejos e potências

Atividades do interesse do sujeito alvo

Repertório reduzido de atividades e interesses

Necessidade de ampliação de atividades

Construção da relação triádica a partir do que o sujeito alvo gosta de realizar

Permitir

Olhar além da necessidade apresentada

Espaço para desenvolver habilidades

Codificação focalizada:

Construção do diagnóstico situacional

Habilidades e potências do sujeito alvo

Construção da dinâmica da relação triádica

Diferentes atividades

Construção do setting no consultório

Repertório de atividades restritos e necessidade de ampliação.

Categorias:

O Diagnóstico situacional

Dinâmica da relação triádica (terapeuta ocupacional- sujeito alvo – atividades).

Setting (setting estendido).

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Após essas primeiras codificações realizadas e separadas respeitando os grupos criados: Compaixão, Tirolesa e Aquarela, foi concluída a primeira etapa de codificação que deu origem aos três primeiros mapas do tipo situacional desorganizado, inserindo todos os códigos encontrados nas transcrições.

Posteriormente, a pesquisadora foi procurando por associações e relações entre os códigos, construindo, assim, as categorias. Embora a pesquisadora tivesse categorias construídas a partir de todos os códigos, percebe-se que nem todas estavam relacionadas à unidade situacional de pesquisa. Assim, o segundo mapa situacional, construído de forma organizada, teceu relações entre as categorias construídas focalizando-se na unidade situacional da pesquisa. A AS permite a retirada de códigos que não pertencem à unidade situacional, portanto códigos que elucidaram somente o diagnóstico clínico, tais como: rigidez cognitiva, hiperfoco, comportamentos disruptivos, estereotipias, entre outros, foram excluídos.

Tal análise possibilitou a construção dos mapas situacionais organizados, com categorias e subcategorias que emergiram após a primeira análise. Com os mapas situacionais concluídos, a pesquisadora iniciou a construção de associações que pudessem identificar os espaços sociais que foram habitados, a partir da unidade situacional. Incluindo somente os contextos sociais que emergiram de alguma forma da vivência no processo de Terapia Ocupacional.

Para a construção do último mapa, o posicional, a pesquisadora teceu relações e associações entre o que foi modificado na posição de sujeito alvo, identificando como este estava ao chegar para a Terapia Ocupacional, as posições que foram alteradas em sua vida após o início das sessões de Terapia Ocupacional e a posição que está ocupando nos dias atuais. Como o objetivo é analisar a situação, os dados se entrelaçam para contemplar situações complexas e profundas e serão apresentados no próximo capítulo.

Parte 4

Resultados

4 RESULTADOS

Na quarta parte desta tese, serão apresentados três capítulos importantes para a construção desta pesquisa, incluindo os resultados que emergiram a partir dos dados. No Capítulo 7, é apresentada a caracterização de cada participante e a formação dos grupos; o segundo Capítulo (8) contém a apresentação dos mapas construídos a partir dos dados e sugeridos pela metodologia de AS para aprofundar a compreensão da unidade situacional e visualizar as conexões estabelecidas entre eles, resultando em categorias e subcategorias que são apresentadas no terceiro Capítulo (9) de forma qualitativa.

CAPÍTULO 7

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

7.1 Caso 1 – Compaixão

No Quadro 4, estão apresentados os participantes do Grupo Compaixão e sua identificação na pesquisa, ou seja, os nomes fictícios utilizados para preservar a identidade dos sujeitos.

Quadro 4 - Caracterização dos participantes do Grupo Compaixão.

Participantes	Identificação na pesquisa (nome fictício)
Terapeuta Ocupacional	TO do Carlos
Sujeito alvo	Carlos
Mãe do paciente	Mãe do Carlos

Fonte: elaboração da pesquisadora.

A TO do Carlos tem 49 anos e é formada há 25 anos. Possui doutorado completo e é especialista no MTOD há 21 anos.

Carlos atualmente tem 30 anos de idade. Na época da produção e coleta de dados tinha 29 anos. Foi atendido na infância pela terapeuta ocupacional durante o período de 2006 a 2011. Após aproximadamente um ano de interrupção, o jovem solicitou em 2012 o retorno às sessões de Terapia Ocupacional por acreditar que aquele espaço construído na relação triádica pudesse lhe ajudar em novas aquisições. Mantém os atendimentos em Terapia Ocupacional até os dias atuais e também realiza tratamento medicamentoso com uma psiquiatra.

A mãe de Carlos tem 58 anos de idade. É casada e tem três filhos. Fez o curso de formação para cabeleireira, porém não exerce tal atividade. Trabalha com o filho Carlos na logística de uma grande rede de varejo.

7.2 Caso 2 – Tirolesa

No Quadro 5, estão apresentados os participantes do Grupo Tirolesa, com seus respectivos nomes fictícios.

Quadro 5 - Caracterização dos participantes do Grupo Tirolesa.

Participantes	Identificação na pesquisa (nome fictício)
Terapeuta Ocupacional	TO do Teodoro
Sujeito - alvo	Teodoro
Mãe do paciente	Mãe do Teodoro
Acompanhante Terapêutica do Teodoro	AT do Teodoro

Fonte: elaboração da pesquisadora.

A terapeuta ocupacional do Teodoro tem 50 anos de idade e é formada há 24 anos. Possui mestrado e é especialista no MTOD há 18 anos.

Teodoro nasceu no dia 14/03/2016. Na época da coleta e produção de dados a criança tinha 7 anos de idade. Está matriculado no 3º ano do Ensino Fundamental I. Atualmente realiza acompanhamento com outras especialidades além da Terapia Ocupacional, como fonoaudiólogo, educador físico, psicóloga, equoterapia e médico neurologista. Foi diagnosticado com TEA nível 2 de suporte com 2 anos e 8 meses de idade e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

A mãe de Teodoro tem 48 anos de idade. É casada, mãe de um filho, o Teodoro. Possui ensino superior completo e pós-graduação.

A acompanhante terapêutica de Teodoro é psicóloga formada há 1 ano, trabalha com ABA há 5 anos e está presente no cotidiano escolar de Teodoro.

7.3 Caso 3 –Aquarela

No Quadro 6, estão apresentados os participantes do Grupo Aquarela, juntamente com seus nomes fictícios.

Quadro 6 - Caracterização dos participantes do Grupo Aquarela.

Participantes	Identificação na pesquisa (nome fictício)
Terapeuta Ocupacional	TO da Gisele
Sujeito- alvo	Gisele
Mãe do paciente	Mãe da Gisele
Psicóloga /Psicanalista	Psicóloga da Gisele

Fonte: elaboração da pesquisadora.

A terapeuta ocupacional da Gisele tem 61 anos de idade e é formada há 38 anos. Possui mestrado e é especialista no MTOD há 18 anos.

Gisele nasceu no dia 10/01/2014, na época da coleta e produção de dados a criança tinha 10 anos de idade. Está matriculada no 5º ano do Ensino Fundamental I. Iniciou os atendimentos com a terapeuta ocupacional quando tinha 3 anos de idade. Atualmente realiza acompanhamento com outras especialidades além da Terapia Ocupacional, como por exemplo: fonoaudiologia, psicologia e médica psiquiatra. Foi diagnosticada com TEA nível 1 de suporte com 9 anos de idade e TDAH.

A mãe de Gisele tem 35 anos de idade, dois filhos (Gisele e um irmão com 9 anos), é casada e possui ensino superior completo, trabalha como *designer* de moda em sua própria marca.

A psicóloga da Gisele é formada há 29 anos e especialista em Psicanálise.

Vale ressaltar que todas as profissionais trabalham em consultórios ou clínicas particulares, são proprietárias, todas são brancas e atuam em grandes centros como capital ou cidade de grande porte no interior do estado. As famílias apresentam nível socioeconômico elevado e conseguem custear os atendimentos necessários de forma particular. Duas mães possuem formação superior e pós-graduação e uma mãe possui formação em curso técnico.

CAPÍTULO 8

APRESENTAÇÃO DOS MAPAS

Seguindo os pressupostos da AS (Braun; Clarke, 2006), serão apresentados os três mapas: situacionais, de arenas e mundo sociais e posicionais. Tais mapas incorporam os resultados integrados de cada participante da pesquisa e foram agrupados a partir de cada terapeuta ocupacional e seu respectivo paciente e familiar.

O resultado está estruturado em torno de uma unidade situacional: Contribuições da Terapia Ocupacional com o MTOD para a inserção social de pessoas autistas.

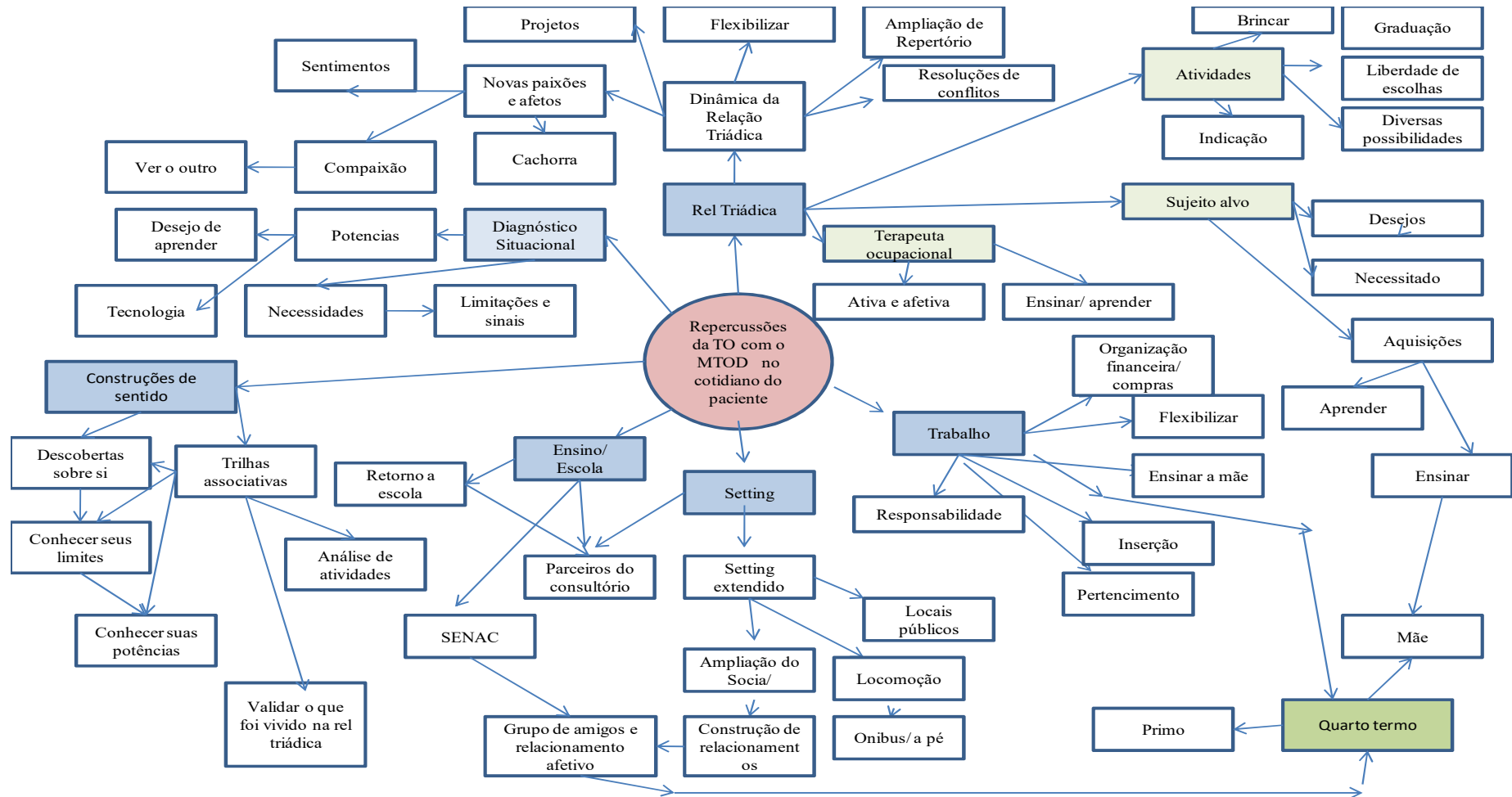
Serão apresentados os mapas situacionais desorganizados, os mapas situacionais organizados, de arenas e mundo sociais e posicionais nomeados pelos grupos: Compaixão, Tirolesa e Aquarela.

Tais mapas ilustram os resultados das categorias que emergiram após o processo de análise de dados seguindo as etapas propostas pela AS. Após a exposição dos mesmos será apresentada a análise de dados qualitativa.

Grupo 1 – Compaixão

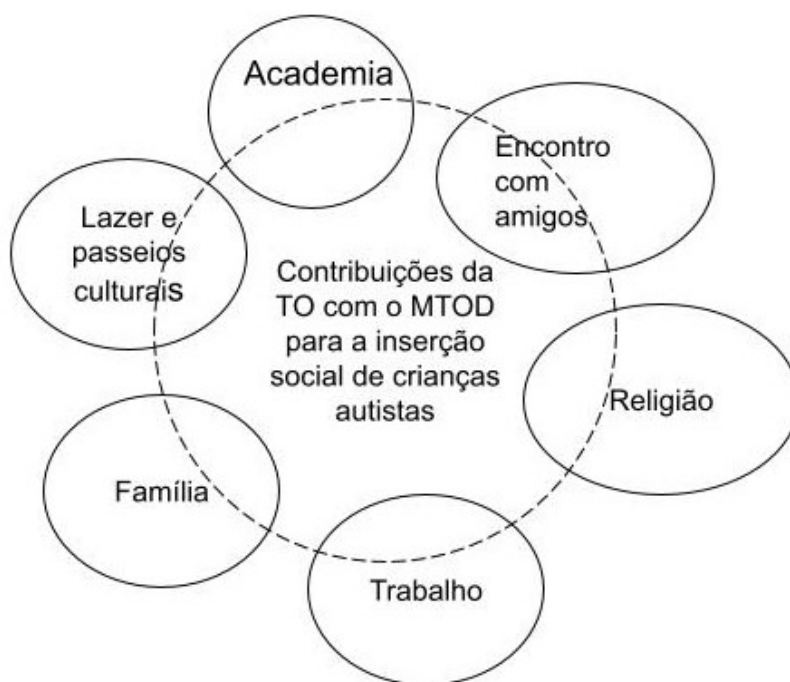
Os mapas apresentados referentes ao Grupo 1 foram construídos a partir de dados que emergiram da coleta com a TO do Carlos, com o Carlos e sua mãe.

Figura 4 - Mapa situacional organizado do grupo Compaixão.



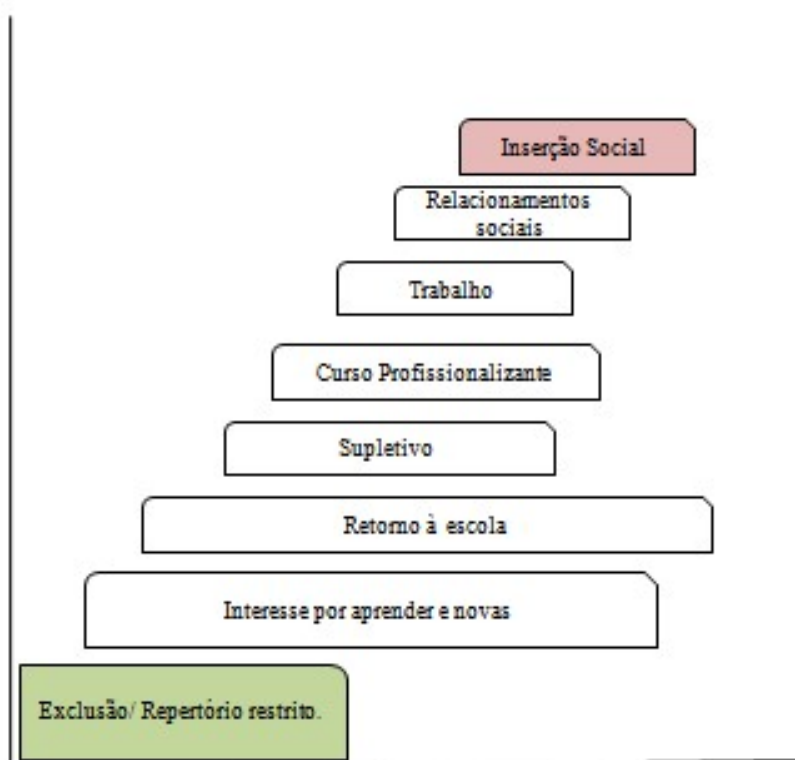
Fonte: elaboração da pesquisadora.

Figura 5 - Mapa das arenas e mundos sociais do grupo Compaixão.



Fonte: elaboração da pesquisadora.

Figura 6 - Mapa posicional do grupo Compaixão.

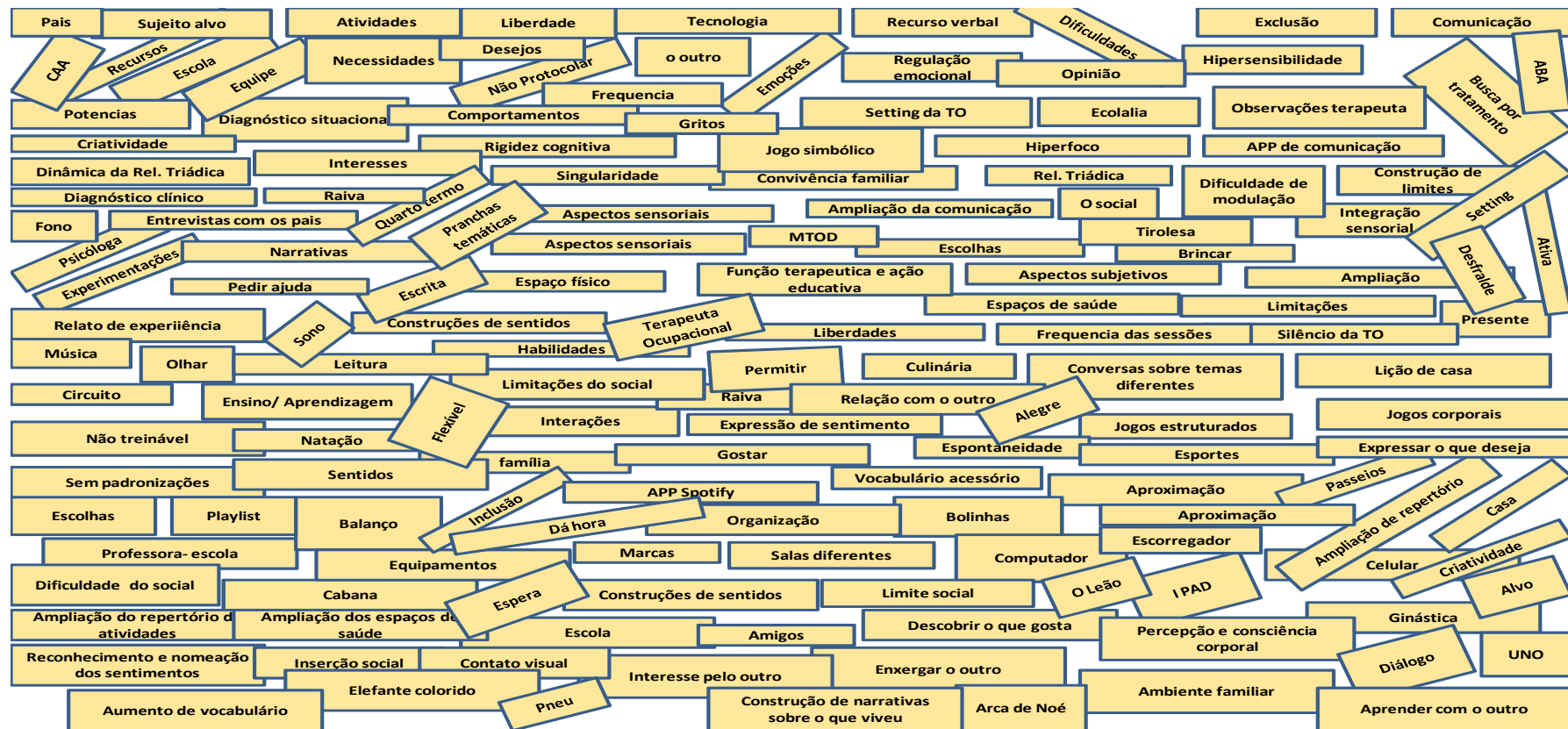


Fonte: elaboração da pesquisadora.

Grupo 2 – Tirolesa

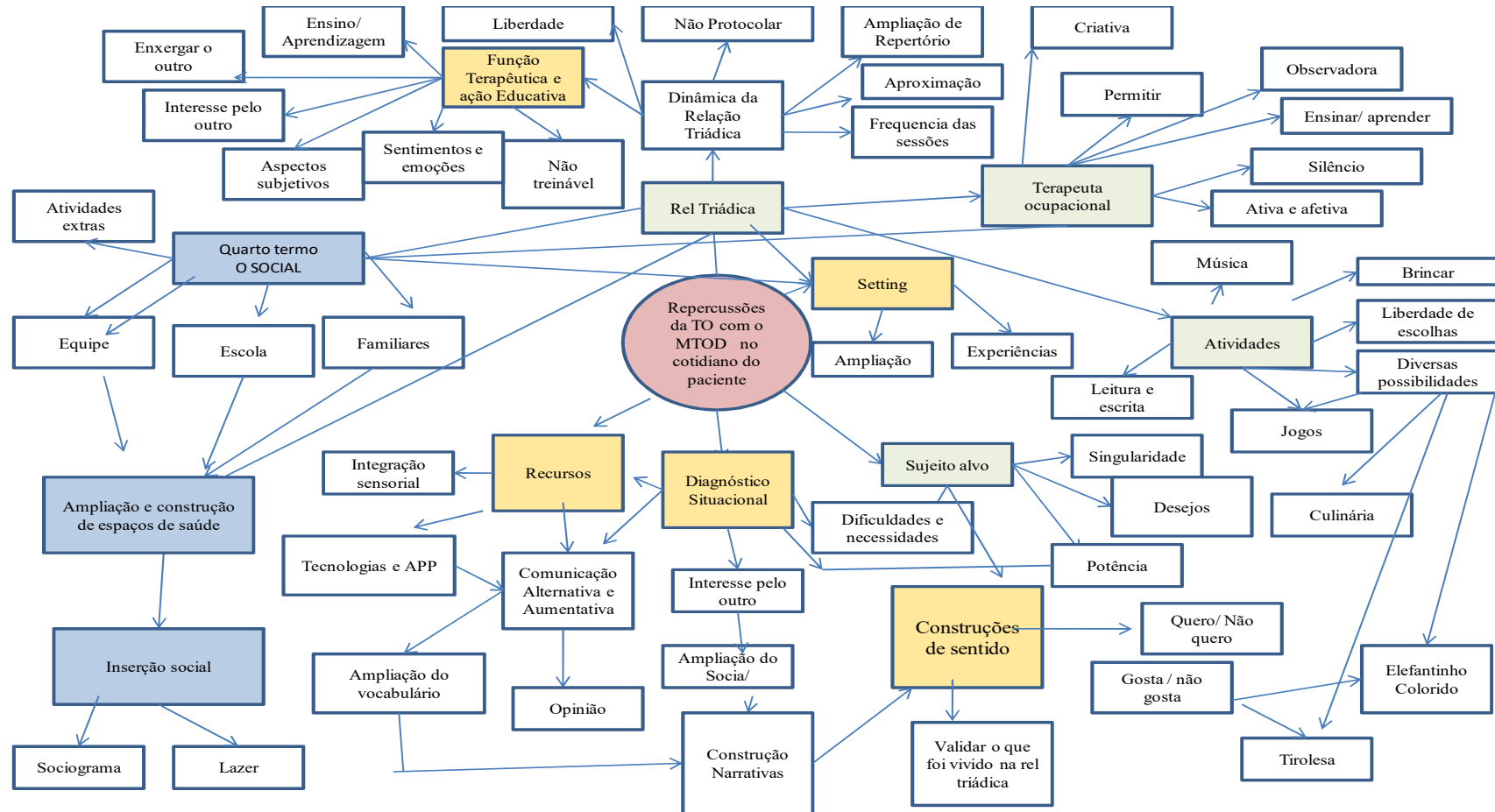
Os mapas apresentados referentes ao Grupo 2 foram construídos a partir de dados que emergiram da coleta com aTO do Teodoro, com o Teodoro, sua mãe e sua acompanhante terapêutica.

Figura 7 - Mapa situacional desorganizado do grupo Tirolesa.



Fonte: elaboração da pesquisadora.

Figura 8 - Mapa situacional organizado do grupo Tirolesa.



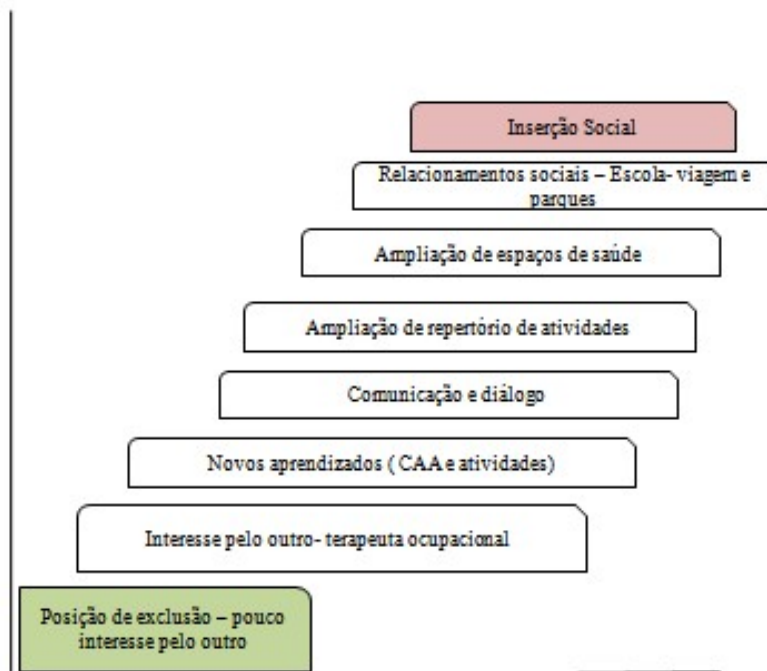
Fonte: elaboração da pesquisadora.

Figura 9 - Mapa das arenas e mundos sociais do grupo Tirolesa.



Fonte: elaboração da pesquisadora.

Figura 10 - Mapa posicional do grupo Tirolesa.

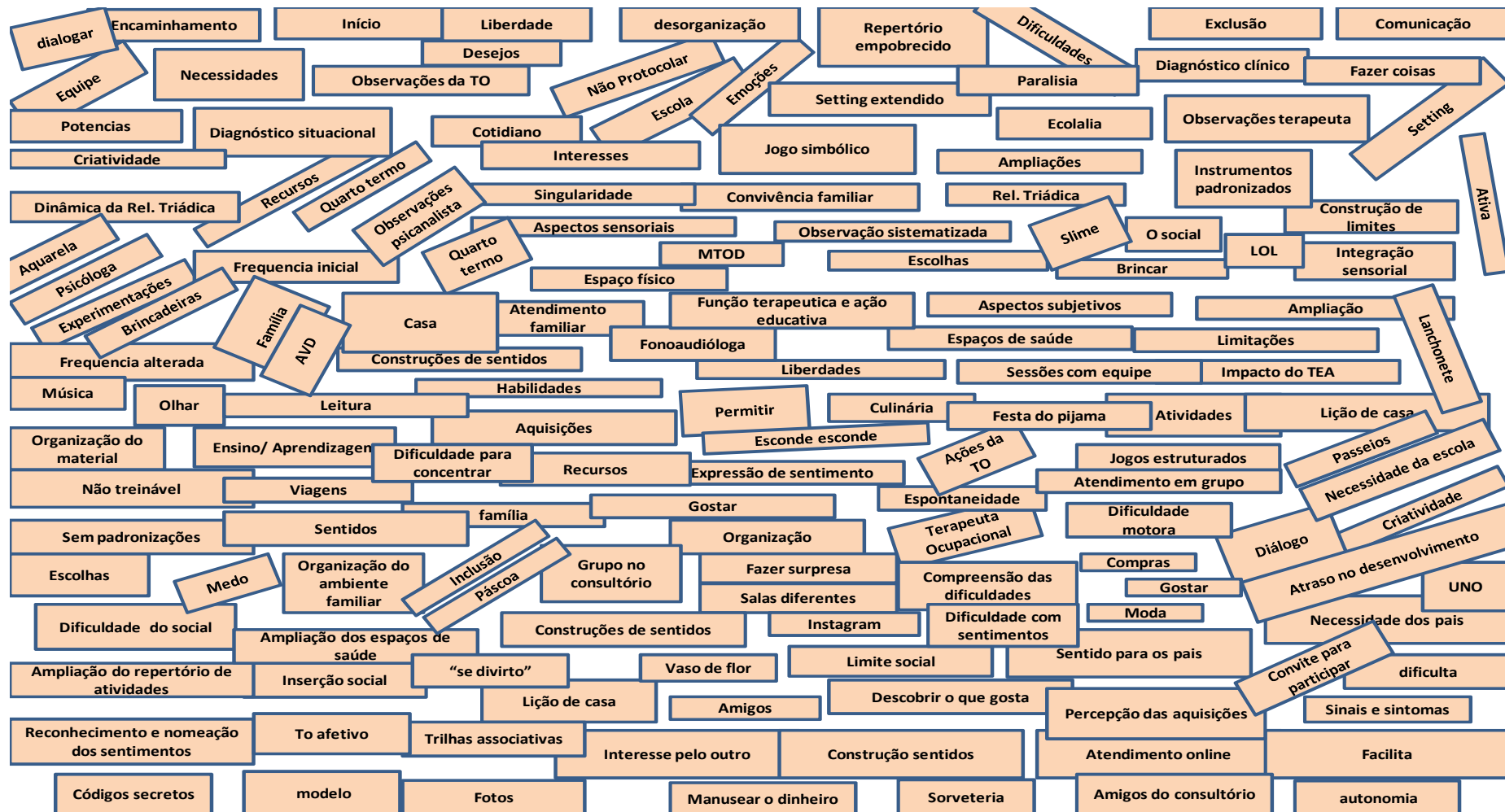


Fonte: elaboração da pesquisadora.

Grupo 3 – Aquarela

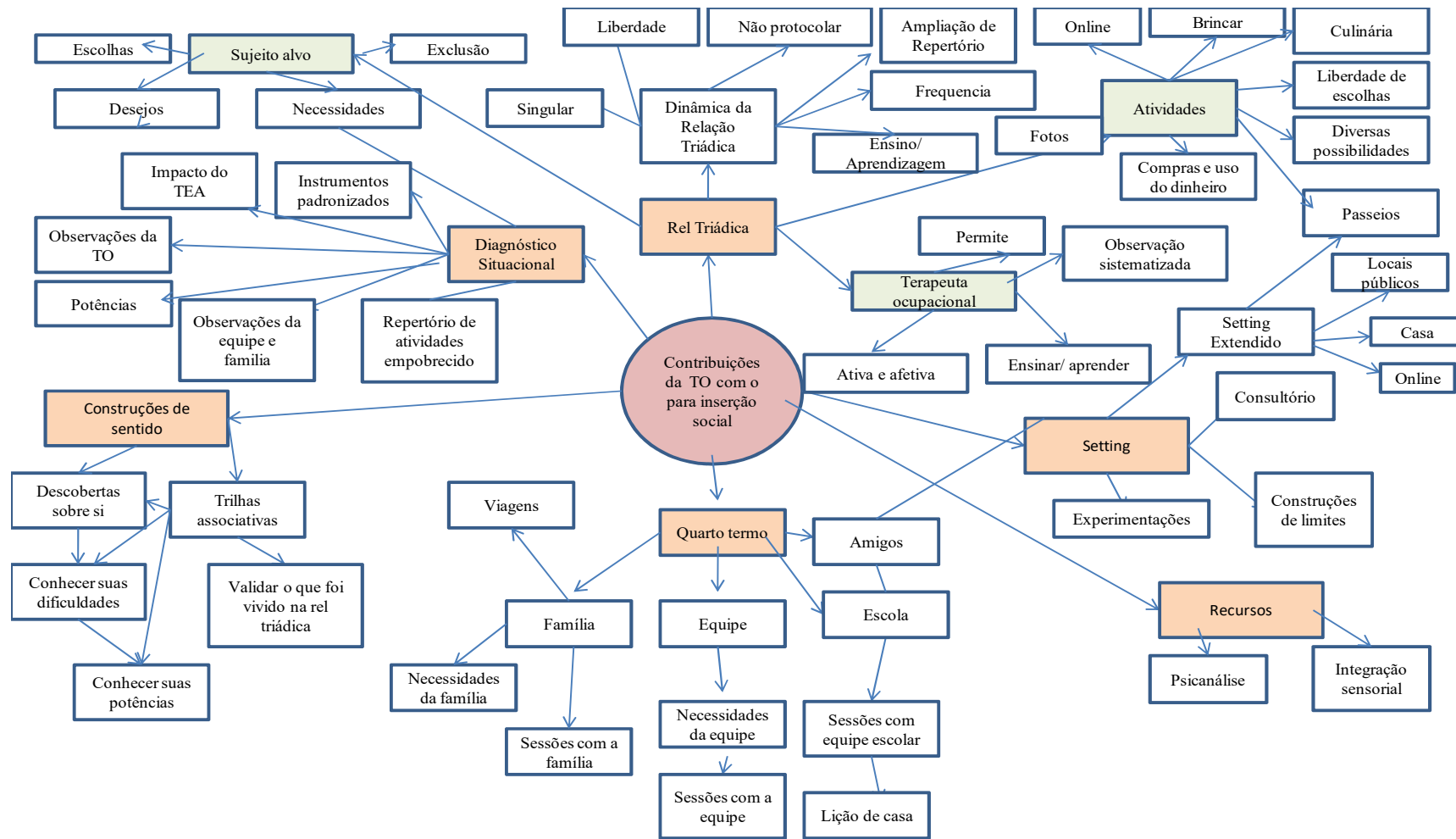
Os mapas apresentados referentes ao Grupo 3 foram construídos a partir de dados que emergiram na coleta com aTO da Gisele, com a Gisele, sua mãe e sua psicóloga.

Figura 11 - Mapa situacional desorganizado do grupo Aquarela.



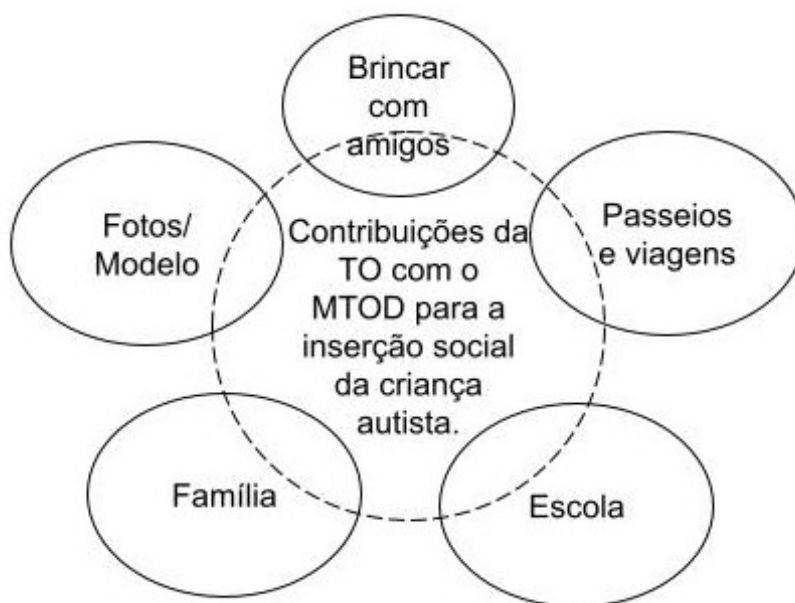
Fonte: elaboração da pesquisadora.

Figura 12 - Mapa situacional organizado do grupo Aquarela.



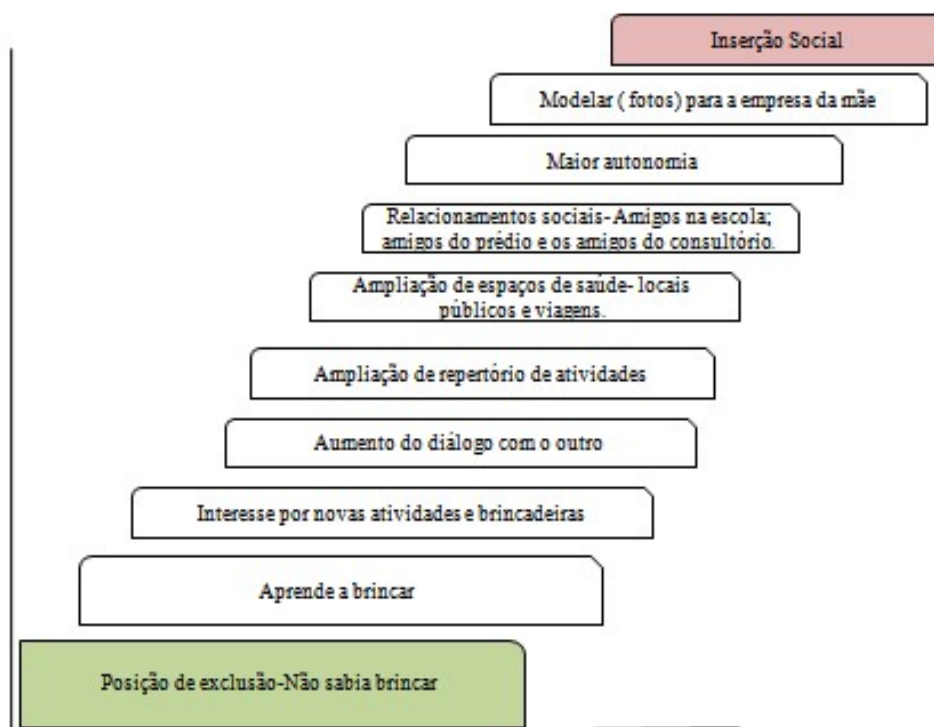
Fonte: elaboração da pesquisadora

Figura 13 - Mapa das arenas e mundos sociais do grupo Aquarela.



Fonte: elaboração da pesquisadora.

Figura 14 - Mapa Posicional do grupo Aquarela.



Fonte: elaboração da pesquisadora.

Pode-se observar entre os dois mapas situacionais (desorganizado e organizado) que algumas codificações não foram inseridas no mapa situacional organizado, isso ocorreu, pois, alguns códigos não estavam relacionados à unidade situacional de pesquisa “Contribuições da Terapia Ocupacional com o MTOD para a inserção social de crianças autistas com intervenções realizadas na infância”. Eram códigos que estavam conectados diretamente ao diagnóstico clínico, como por exemplo: modulação sensorial, comportamentos disruptivos, rigidez cognitiva, flexibilidade, entre outros.

Além disso, alguns códigos foram reorganizados e após análise foram transformados em subcategorias e agrupados por semelhança, por exemplo: no grupo Aquarela, os códigos presentes no mapa situacional desorganizado como: vaso, *slime*, *LOL*, varinha mágica, esconde-esconde, foram inseridos na subcategoria “diversas possibilidades” da categoria atividades.

Com a construção dos mapas situacionais organizados pode-se observar que algumas categorias se repetem entre os grupos, como por exemplo: diagnóstico situacional, relação triádica, *setting*, construção de sentidos, quarto termo e inserção social, o que indica uma forte relação com os procedimentos e conceitos estruturados no referencial teórico prático do MTOD.

É possível observar a singularidade intrínseca a cada grupo que é composto por sujeitos-alvo, que, nesta pesquisa, são as pacientes autistas, os caminhos percorridos, os procedimentos realizados nas intervenções em terapia ocupacional que são distintos com respeito a diversidade, necessidades e potências de forma individualizada. São exemplos dessa característica as categorias: diagnóstico situacional, o quarto termo e construção de sentidos, além das subcategorias: recursos e atividades. Tais conexões e seus desdobramentos evidenciam uma prática pautada na particularidade de cada sujeito alvo, de forma não protocolar e que inclui família, equipe e escola a depender da necessidade do mesmo.

Para aprofundar os resultados obtidos pela análise de dados com a construção dos mapas situacionais propostos pela metodologia AS, serão apresentados os resultados qualitativos, organizados em categorias e subcategorias que possibilitam a construção de respostas para as questões desta pesquisa.

CAPÍTULO 9

RESULTADOS QUALITATIVOS

Após a análise dos mapas situacionais, de arenas e mundo sociais e posicionais emergiram as seguintes categorias e subcategorias.

Quadro 7 - Categorias e subcategorias que emergiram após a análise dos dados.

Categorias	Subcategorias
1. O encontro com a Terapia Ocupacional	1. Encaminhamento para a terapeuta ocupacional 2. Repertório empobrecido de atividades
2. O diagnóstico situacional	1. Para além do diagnóstico clínico: as necessidades e potências de cada sujeito alvo 2. Frequência das sessões de Terapia Ocupacional
3. Dinâmica da relação triádica	1. Sujeito alvo 2. Terapeuta ocupacional 3. Atividades e recursos
4. <i>Setting</i>	1. Consultório e construções de limites 2. <i>Setting</i> estendido
5. O quarto termo	-----
6. Construção e ampliação dos espaços de saúde	1. Compaixão 2. Tirolesa 3. Aquarela
7. Construções de sentidos	-----
8. O MTOD com pessoas autistas	-----

Fonte: elaboração da pesquisadora.

9.1 O encontro com a Terapia Ocupacional

9.1.1 Encaminhamento para a terapeuta ocupacional

Diversos são os motivos pelos quais os pacientes são encaminhados para o cuidado em Terapia Ocupacional. O sujeito alvo pode ser encaminhado por outros profissionais que

identificam algumas dificuldades, geralmente pautadas nos déficits, no que a criança não consegue realizar, ou na falta de algo que a criança ainda não adquiriu em seu desenvolvimento, como pode ser visto nas narrativas abaixo:

“[...] foi encaminhada por uma psicanalista, ela já estava com três anos e quatro meses. É uma criança que já estava com idade avançada para as questões que ela apresentava e foi encaminhada por conta de que não falava. Aí não falava, foi para o psicólogo e do psicólogo veio para mim [...]” (TO da Gisele).

Também pode-se observar que ao deparar-se com a barreira de uma estrutura institucional a qual a criança não pertence, ela está uma posição de exclusão e o encaminhamento para a terapia ocupacional se faz necessário e acontece quando outros profissionais têm o conhecimento do trabalho de um terapeuta ocupacional.

“[...] as pessoas pensavam em um limite cognitivo mesmo, mas ao chegar na APAE puderam fazer algum tipo de avaliação e perceberam que não era ali o lugar dele [...] na APAE não sabiam para quem encaminhar [...] uma amiga psicóloga que trabalha na APAE quem disse: Olha eu acho que é um caso para uma TO e não para a APAE [...]” (TO do Carlos).

E em outras situações, o sujeito alvo é encaminhado pensando no encontro entre as necessidades do mesmo e uma terapeuta ocupacional capaz de integrar aspectos inerentes ao desenvolvimento da criança, sem fragmentação.

“[...] ele foi encaminhado pela equipe, elas tinham uma percepção de que talvez ele se beneficiasse de um trabalho um pouco mais na área da comunicação alternativa e pediram para a família me procurar [...] eu fiz uma entrevista com os pais, uma conversa inicial com os pais e aí eles me contaram um pouco quem era a criança na visão deles, dizendo que era um menino que tinha o recurso verbal, porém eles percebiam que em muitas situações essa fala não era dirigida aos outros, era uma fala dele com ele mesmo [...] o desejo era que ao olhar para as necessidades de comunicação dele, considerassem

também um pouco mais aspectos subjetivos dele e que não fosse necessariamente uma coisa treinável” (TO do Teodoro).

A busca pelo tratamento muitas vezes pode ser exaustiva para o sujeito alvo e ele inicia o processo desejando um espaço onde eles possam ser acolhidos em suas diferenças e cuidado em um lugar onde ele não tenha que desenvolver algo como uma obrigação.

Ele chega como um sujeito alvo *“desejando muito ser cuidado, porque nessa busca por essa questão [...]dos tratamentos [...] foram [...] se encontrando pouco com ele, [...] mais com as dúvidas diagnósticas e [...] vasculhando no sentido de tentar buscar sintoma. Então eu senti que este caminho o machucou muito. Ele chegou aqui muito desejante de um espaço de cuidado dele, da pessoa, do que ele precisava aprender, o que não pode aprender, porque essas coisas atravessavam, daquilo que ele gostava, que pudesse ser validado como algo bonito, importante, lindo, que era do mundo dele, das escolhas dele”*(TO do Carlos).

“[...]eu acho que ele chega uma criança muito reativa, na verdade. Era assim que eu percebia ele, porque era uma criança que é muito solicitada a responder à demanda o tempo todo. Então eu sinto que, pelo contrário, acho que ele chegou estressado, porque eu acho que a sensação que eu tinha, era que na cabecinha dele, era mais uma que vai ficar aqui me pedindo, faz isso, faz aquilo, qual que era a resposta disso [...]” (TO do Teodoro).

9.1.2Repertório de atividades restrito

O impacto do diagnóstico clínico nas atividades que sustentam o cotidiano da criança pode ser visto no empobrecimento do repertório de atividades e do desejo de se relacionar e aprender com o outro.

“Ele tinha um repertório, muito pequeno e pouco produtivo, ampliar era a primeira necessidade, para depois ir pensando em outras” (TO do Carlos).

Essa compreensão foi confirmada pelo próprio paciente e pelas mães.

“[...] antes eu ficava muito tempo em casa, ficava sedentário, não tinha o que fazer” (Carlos).

“[...] o Carlos ficava no mundinho dele, esse mundo ficava lá na minha casa. O meu coração ficava muito apertado de saber que ele não tinha [...] o mundo dele era: ele ficava no quarto, no videogame, videogame, videogame, videogame. Não queria sair dali, não queria andar[...].” (mãe do Carlos).

“[...] ele fala perfeitamente, ele corrige a gente, então ele fala perfeitamente. Ele não tem nenhum problema de dicção, de coordenação, de apraxia, de nada disso. Mas ele não gosta da conversa, porque ele não gosta do social [...]” (mãe do Teodoro).

Outra marca importante no cotidiano das crianças autistas é que suas atividades são frequentemente estruturadas e direcionadas a alguma forma de intervenção com diversos profissionais que compõem a equipe e outros que possam estimular alguma habilidade, tornando o cotidiano empobrecido de vivências e experimentações espontâneas.

“[...] ele é uma criança que frequenta a escola, então ele faz fono, ele faz TO, ele faz aulas de esporte dirigidos. Ele faz aulas de música, ele faz natação, então ele tem uma agenda assim muito cheia” [...]” (TO do Teodoro).

“Ele tem duas psicólogas que vão em casa [...] ele tem uma fono, duas TOs. Ele tem um professor de música, não é bem uma musicoterapia, mas o professor é especializado em pacientes com algum tipo de deficiência [...] ele tem uma psicopedagoga [...] um professor de educação física [...] agora ele faz ecoterapia [...] e participa de um grupo de profissionais de educação física que ensinam TEA de qualquer idade a andar de bicicleta [...]” (mãe do Teodoro).

“Ela realiza fono, TO, psicóloga, sapateado, hiphop, inglês, aulas de piano e catecismo” (mãe da Gisele).

Tais impactos levam o sujeito alvo a uma posição de exclusão que o coloca distante do social ou com dificuldades para permanecer em diferentes cenários e contextos que exijam maior interação, comunicação e interesse pelo outro.

“Era comum nos atendimentos muito grito, muito protesto, jogar as coisas no chão, porque se ele pudesse escolher como ele queria fazer as coisas era no seu formato, ele pega ali o objeto, ele pega ali o que ele gosta fica e eu tanto faz se estou ali ou não. Então fui procurando me fazer presente ali na relação” (TO do Teodoro).

“Essa condição da Gisele de uma rotina que as coisas aconteciam e de que ela não era ativa no processo, ela era passiva [...] Gisele primeiro estava excluída com o cotidiano de casa e depois no cotidiano escolar [...]” (TO da Gisele).

Pode-se observar que o sujeito alvo apresenta um cotidiano marcado por uma rotina repleta de atividades direcionadas aos déficits e ao diagnóstico clínico de autismo. A busca por tratamentos é exaustiva ao sujeito alvo e muitas vezes ele deseja um lugar onde possa exercer sua liberdade com novos aprendizados e experimentações. O encaminhamento para o terapeuta ocupacional é realizado ao identificar dificuldades com relação ao desenvolvimento, mas cabe ao terapeuta ocupacional olhar além do diagnóstico médico, para enxergar o sujeito como alguém com necessidades, potências e desejos.

9.2 O diagnóstico situacional

9.2.1 Para além do diagnóstico clínico: as necessidades e potências de cada sujeito alvo

Para a construção do diagnóstico situacional, os dados indicam que as terapeutas ocupacionais podem conversar com os familiares, equipe de saúde e escola, além de utilizarem suas observações sistematizadas durante as sessões com o sujeito alvo e/ou utilizar instrumentos padronizados, caso necessário. Ele foi considerado o ponto de partida para o

processo de intervenção na Terapia Ocupacional com o MTOD e permitiu enxergar o sujeito como ele é, além do diagnóstico médico.

“[...] eu digo a eles que eu preciso fazer esse diagnóstico da situação que é uma avaliação global que ele vai desde quatro, cinco sessões ou pode durar só três ou pode ser só duas, a da mãe e quando eu olho o menino [...] eu não tenho quantas sessões eu levo no diagnóstico situacional, ele só começa com a entrevista da mãe, dos pais e termina com a devolutiva para eles [...] não é algo protocolar, cada criança é uma criança [...]”(TO da Gisele).

“[...] o primeiro diagnóstico situacional foi importante até para guiar as prioridades de ações assim [...] para depois ir pensando em outras necessidades” (TO do Carlos).

“[...] eu realizei a entrevista com os pais [...] os pais queriam experimentar uma coisa que levasse em conta os aspectos subjetivos que fossem interações mais espontâneas e não interações que fizessem parte de um plano terapêutico rígido [...]” (TO do Teodoro).

“[...] ele veio com esse pedido inicial de um trabalho direcionado para as questões de comunicação, então eu foquei muito o meu olhar para isso [...], mas ele é um menino que ele tem um recurso verbal, ele fala, ele fala, ele canta [...], mas ele tem dificuldade de ter uma fala dirigida para o outro [...]”(TO do Teodoro).

“[...] se for necessário eu utilizo instrumentos padronizados, eu aplico Baley, aplico pedi-cat aplico o perfil sensorial, o SPM [SensoryProcessingMeasure], aplico também o COPM [Medida Canadense de Desempenho Ocupacional], o que eu tiver. O que eu tiver ali, que eu catei ali da pergunta dos pais, da pergunta da equipe [...], mas eu deixo sempre a parte dos instrumentos para o final

porque eu ainda sou do tempo que confio mais no meu olho” (TO da Gisele).

A partir do diagnóstico situacional, foi possível conhecer o sujeito alvo de forma singular e individualizada, buscamos por compreender as dificuldades e as potências de cada sujeito alvo. O diagnóstico situacional aparece como resultado nos três mapas situacionais com diferentes códigos, que emergiu categorias e subcategorias de forma distinta, a depender da necessidade e potência de cada sujeito alvo.

No Grupo Compaixão está interligado aos códigos: necessidades, potências, tecnologia e desejo de aprender e pode ser observado na narrativa da TO do Carlos:

“[...] ele tinha uma seletividade produtiva gigante também, então ele não gostava de uma pancada de coisas, mas ele gostava de questões dos eletrônicos, ele gostava de verdade. Então, foi por aí que eu comecei [...] ele tinha sido afastado do convívio social e da escola, ele veio meio aversivo aos contatos sociais, porque teve processos traumáticos mesmo na escola, então ficou bem limitado [...] as vezes ele ficava nervoso, as vezes ele agredia [...] ele tinha muita necessidade de aprender” (TO do Carlos).

No Grupo 2 Tirolesa, a categoria do diagnóstico situacional está conectada aos códigos: recursos, dificuldades e necessidades, potência, comunicação aumentativa e alternativa, interesse pelo outro e construções de narrativas.

“[...] ele é 100% alfabetizado, ele sabe ler e escrever perfeitamente, ele tem habilidades, assim na área da leitura e da escrita muito grande [...] ele tem uma super destreza com a tecnologia [...], mas nem sempre ele faz isso numa relação dialógica numa relação com o outro, ele usa isso, ele com ele mesmo [...] as dificuldades de comunicação dele estavam ali, impactando, já veio com a expectativa de que ele usasse algum tipo de recurso tecnológico para se comunicar” (TO do Teodoro).

No Grupo Aquarela, a categoria diagnóstico situacional mostrou-se conectada aos códigos: repertório de atividades empobrecidos, observações da equipe e da família,

potências, observações da TO, impacto do autismo, necessidades e instrumentos padronizados.

“[...] ela tinha um atraso da fala, um brincar completamente inconsistente, ela pegava e jogava as coisas [...] ela pulava entre objetos. Era uma escolha, era um brincar, só exploratório [...] ela ainda usava fraldas [...] tinha problemas na alimentação que ainda estava pastoso [...] ela tinha problemas com vestir roupas, lavar o cabelo, tinha problema de que não falava e se irritava o tempo todo com as coisas, assustada, poucas palavras, poucas brincadeiras [...] ela tinha muitos brinquedos, era ativa, curiosa e com uma memória muito boa” (TO da Gisele).

Pode-se observar que nos três mapas situacionais organizados referente aos grupos Compaixão, Tirolesa e Aquarela, os códigos “necessidades” e “potências” estão presentes na construção do diagnóstico situacional.

9.2.2 Frequência inicial das sessões de Terapia Ocupacional

Após a construção do diagnóstico situacional foi possível discutir e pensar sobre a frequência em que as sessões serão realizadas (semanalmente, uma vez por semana, duas vezes por semana etc.), juntamente com a família e equipe. Para isso, foram respeitadas as atividades cotidianas, a necessidade de cada sujeito alvo e sua família e o momento em que está sendo vivido, podendo ser alterada (aumentar ou diminuir) a qualquer momento, a partir do que o sujeito alvo necessita naquela situação.

Para o Teodoro, a primeira questão a ser considerada com relação à frequência foi o tempo gasto com o deslocamento entre a cidade que reside nos arredores da capital do estado de São Paulo:

“[...] a primeira variável que a gente teve que considerar para pensar numa proposição de um trabalho era justamente essa logística e essa disponibilidade. Eles queriam inclusive que eu tentasse ajustar para um dia onde eles já viessem para São Paulo para passar em outras terapias que ele passava aqui para facilitar. Aí a gente iniciou uma vez por semana, porque mais do que isso não era viável em

função dessas variáveis [...]. A terapia ocupacional que ele começou a fazer só comigo e aí a gente ampliou para duas horas por semana, só que aí ele faz seguidas essas horas, por conta da questão da logística [...]"(TO do Teodoro).

"[...] a Gisele, eu acho que eu atendia três vezes semanais no início [...], mas atualmente está uma vez por semana em um grupo [...]"(TO da Gisele).

"[...] essa dosagem da frequência tinha muito a ver com o projeto que estava acontecendo, com o momento que estava acontecendo [...]"(TO do Carlos).

Pode-se observar que a frequência não é estabelecida *a priori* ou determinada a partir de um diagnóstico clínico de forma rígida e protocolar, mas considerando o diagnóstico situacional do sujeito alvo.

9.3 Dinâmica da relação triádica (sujeito alvo – paciente – atividades)

A dinâmica da relação triádica aparece como categoria resultante dos três mapas situacionais referente aos três grupos: Compaixão, Tirolesa e Aquarela e emergiu as subcategorias: sujeito alvo, terapeuta ocupacional, atividades e o quarto termo, além dos códigos que sustentam essa dinâmica durante o processo de cuidado em Terapia Ocupacional, como por exemplo: ampliação do repertório de atividades, novas paixões e afetos, ensino e aprendizagem, flexibilizar e liberdade, função terapêutica e ação educativa, não protocolar, aproximações e construções de sentidos.

9.3.1 Sujeito alvo

A subcategoria sujeito alvo está associada aos códigos: dificuldades e necessidades, singularidade, potências e desejos, aquisições, escolhas e exclusão.

O sujeito alvo que foi atendido pelas terapeutas ocupacionais desse estudo, é visto e respeitado em sua singularidade, considerando suas necessidades, desejos e potências,

conforme foi descrito e apresentado na categoria do diagnóstico situacional. Nesta pesquisa, evidenciou-se que eles estão em uma posição de exclusão e apresentavam repertório restrito de atividades em seu cotidiano.

O sujeito alvo na dinâmica da relação triádica tem liberdade para realizar escolhas e guiar o terapeuta por caminhos de seu interesse e desejos.

“[...] ele entrava na sala, ele queria mexer no meu celular, ele queria mexer no meu computador, ele queria mexer no meu tablet, mas ele queria fazer as coisas que ele está acostumado, que é ver vídeos [...] é aquela criança que fica pouquinho assim que vai transitando pelo ambiente. E aí você vai ficando cinco minutos no máximo em cada coisa e vai muda aqui, muda ali e aí você vai procurando ir atrás [...] os recursos tecnológicos estavam ali à disposição dele, então eu fui um pouco indo atrás desses interesses [...]” (TO do Teodoro).

“[...] a partir dos cacos que Gisele oferecia eu fazia pequenos deslocamentos de brincadeiras estereotipadas, que era tipo, sei lá, só jogar para cima [...] a gente tem fantasias, aquelas roupas de princesas e Gisele gosta muito. Então, Gisele tem que dizer assim: no próximo a gente pode fazer a sessão fantasiada? Pode, Gisele. Está combinado com a amiga do grupo? E ela disse “eu vou vestir a da Ariel”. E aí a gente faz a sessão toda desse jeito vestida” (TO da Gisele).

“[...] é uma varinha mágica. E eu brincava de fantasia [...] de princesa, eu vestia uma saia, colocava uma coroa no cabelo e passava isso aqui e falava “alakazan e alakazen” (Gisele).

“[...] vamos começar por aí, que é um lugar que já é sabido, que ele tem vontade, e que ele tem habilidade. Porque era visível a habilidade para a questão do eletrônico [...] ele vai te dizer: Fui eu que zerei o primeiro joguinho do coelho sabido da TO do Carlos, sabe, porque era alguma coisa que ele amou, a possibilidade de ter um espaço para ele desenvolver habilidades que ele já gostava,

porque era um lugar muito limitado, porque as pessoas falavam que isso tinha interferência com pensamentos e que não era legal [...]” (TO do Carlos).

“[...] o primeiro jogo de computador que eu zerei na vida, foi na época o Coelho Sabido, primeira série, pensa em um jogo bom! [...]. Foi o primeiro jogo de computador de mesa que eu zerei com sucesso” (Carlos).

Ao guiar a terapia realizando escolhas de atividades de seu interesse, novos aprendizados se tornaram possíveis, de forma espontânea, criativa, com afeto e respeito.

Após as primeiras atividades, foi possível ampliar para novas experiências que pudessem facilitar novas aquisições, a partir do que é interessante para o sujeito alvo.

Carlos, por exemplo, adorava jogos antigos, então começaram uma atividade que pudesse ser desenvolvida utilizando o computador, mas, desta vez, não mais para jogar e sim para aprender novas habilidades, inclusive com aspectos pedagógicos. Começaram a recriar *labels* para restaurar os jogos antigos. Era preciso medir, utilizar um programa do computador e ir até a gráfica para imprimir.

“[...] eu tenho uma coleção de Super Nintendo funcionando até hoje, então eu sou um retro colecionador sim, quem disse que eu não sou? [...] fui comprando no Mercado Livre. Os menores, eu deixei a label da época, outras eu fui restaurando” (Carlos).

“Eu fui restaurando lá [...] no consultório antigo, tinha uma gráfica lá perto. Fui com cuidado para o carro não me atropelar e [...] deu certo, peguei os pendrives, levei lá, imprimiu na hora [...] e a label encaixou perfeitamente, [...] era autocolante. E pode passar verniz também para não descascar a tinta! Nossa! Parece até original” (Carlos).

“[...] ele não sabia, por exemplo, mencionar um papel sulfite, uma questão geográfica da fita, então tinha lá onze, a fita era feita com a etiqueta de onze por dez por seis e aí não sabia localizar no papel

sulfite, algo assim. Então isso foi vivido primeiro aqui, para que um dia a gente pudesse sair e fazer isso lá fora [...] ele aprendeu que quando ele escreve facilita organizar um pouco mais as ações, os pensamentos e para depois ter isso hoje [...] ele aprendeu a atravessar a rua a partir do projeto de construção de labels [...]”(TO do Carlos).

“[...] ela tinha um brincar desorganizado [...] o brincar foi inicial, Gisele via um lápis e jogava o lápis, não queria nem pegar o lápis. Hoje a Gisele desenha, escreve e lê [...]”(TO da Gisele).

“[...] mãe, eu te amo! Você é a minha melhor mãe, você é uma maravilhosa, cheia de paz e felicidade, amor e alegria, eu te amo, filha. Bom dia das mães [...]”(Gisele – carta escrita por Gisele à sua mãe para comemorar o dia das mães).

“[...] ele tinha um vídeo que ele gosta, das letras que vão chegando e cada leitura faz uma coisa diferente, o A aparece, o A vira de ponta cabeça, e aí a gente pode conversar sobre isso num primeiro momento [...]”(TO do Teodoro).

Teodoro apresenta interesse por marcas e entre um diálogo e outro ele comunica marcas de sua preferência com o uso da CAA. Escreve espontaneamente utilizando CAA quando a mesma dialoga sobre qual sua marca de perfume favorita.

“[...] Natura [...] Amazon [...]”(Teodoro).

9.3.2 O Terapeuta ocupacional

Nos mapas situacionais organizados, o terapeuta ocupacional aparece como subcategoria da dinâmica da relação triádica, e apresentam os códigos: ativa e afetiva, ensinar e aprender, criativa, permitir, silêncio e observadora.

O terapeuta ocupacional deve permitir que as escolhas e a liberdade do sujeito alvo apareçam durante a sessão, deve ser alguém que age de forma ativa e afetiva, para facilitar novas possibilidades de ampliações e experimentações.

“[...] eu quero que você chame a minha mãe aqui [contando que falou isso para a terapeuta ocupacional] para a gente poder conversar sobre essa palavra [compaixão] que eu nunca tinha escutado, o que esta palavra significa [...]”(Carlos).

“[...] e ele começou a ter essa possibilidade de olhar para os outros, de poder identificar no outro, se o outro não está bem e se doer para aquilo [...]”(TO do Carlos).

“[...] o meu esforço inicial foi para que eu pudesse estar na relação [...] com a proposição de algumas ideias que pudessem complementar aquilo que ele próprio estava trazendo como desejo, oferecendo suporte na comunicação alternativa [...] ele começou a me solicitar também para experimentar coisas na sala. Então eu tenho uma tirolesa na sala e ele queria ir na tirolesa [...]”(TO do Teodoro).

Teodoro responde quando questionado pela pesquisadora com o uso do CAA sobre o que mais gostou de aprender e experimentar na terapia ocupacional.

“[...] tirolesa!”(Teodoro).

“[...] eu vou me metendo no interesse dela e vou fazendo pequenos deslocamentos. Se ela aceita a gente vem, senão a gente fica. Então tem situações que a gente fica muito tempo na mesma brincadeira [...], mas a minha primeira opção é catar aquilo que ela gosta [...] uma criança com essa estrutura de mente, nova, você tem que cavar. É como se você tivesse, eu digo: eu vou puncionar a veinha dela, aí você acha [...]”(TO da Gisele).

“[...] vamos fazer uma flor, eu vou inventando alguma coisa com aquilo. É quase uma forma de deixar ele chegar, chegar do jeito que ele consegue chegar. E depois eu vou com isso, eu vou propondo outras experimentações [...]”(TO do Teodoro).

O terapeuta ocupacional deixou o seu silêncio e suas necessidades para observar o sujeito alvo em ação e a partir daí, pudesse pensar em estratégias de manejo da relação triádica que possibilitassem a ampliação do repertório de atividades e o ensino de novas paixões e afetos.

“[...] eu tive que de alguma forma relaxar um pouco em relação a só olhar para as necessidades que não era só ele que estava dizendo, mas necessidades, que os outros estavam dizendo que ele tinha [...] no momento que eu fiz isso, que eu passei a cuidar dessa necessidade, não colocar a necessidade como a principal coisa que precisa responder e deixei o desejo mesmo que seja o desejo de fazer coisas que me dão conforto, porque são coisas que eu me interesse e que tem a ver com meu hiperfoco, eu acho que a relação começou a ser construída [...]”(TO do Teodoro).

“As informações [sobre o paciente] não podem ser a frente, o que é mais importante neste momento é estar com ele, vendo essas atividades com ele, entendendo e fortalecendo ele [...]”(TO do Carlos).

Além disso, a terapeuta ocupacional observou de forma sistematizada as ações do sujeito alvo, procurando de forma ativa espaços para construção e ampliação de saúde.

“[...] eu comecei a perceber as habilidades que ele tinha, por exemplo, no campo da leitura e da escrita e eu fui desenhando em minha cabeça ou outro cenário de que talvez a comunicação alternativa servisse para ele para contar fatos e não para pedir coisas [...] por exemplo: quero dar a minha opinião sobre o que achei dessa atividade, então eu tenho um menu porque se deixar

espontaneamente ele não vai falar [...] então a gente foi mudando um pouco essa perspectiva” (TO do Teodoro).

“[...] eu fui cavando, porque ela tava muito defendida e defendida atrás dessas defesas que são do isolamento, do pouco endereçamento, do pouco turno, da pouca troca e pouca construção, um mundo mais em situação de caos. E que a gente vai arrumando pequenas coisas ali e dali vai formando pequenas bolinhas e que depois as bolinhas vão virar colares [...]” (TO da Gisele).

Ao mesmo tempo que o terapeuta ocupacional ensina, ele também aprende.

“[...] eu acho que o que eu ensino para ele, não tem nada a ver com a escola. Eu acho que isso para ele não é uma coisa que ele tenha dificuldade [...] eu acho que eu ensino para ele é que uma brincadeira pode ser feita com outra pessoa, que existe uma forma da gente se comunicar que não é gritando e que a gente pode ampliar as coisas que a gente fala, não só repetir frases que a gente escutou. Que a gente pode ampliar. Que a gente possa se divertir numa relação que não precisa ser algo necessariamente que precisa ser vivido num tensionamento de solicitações e demandas [...]” (TO do Teodoro).

“[...] ele é um moço, hoje ele tem muita coisa para me ensinar, principalmente tecnológico e da tecnologia, porque como é um campo que ele continuou estudando é o grande amor da vida dele [...]” (TO do Carlos).

9.3.3 Atividades e recursos

As atividades são subcategorias da categoria dinâmica da relação triádica e emergiu os códigos como: brincar, culinária, *online*, liberdade de escolha, diversas possibilidades, passeios, música, leitura e escrita, jogo e graduação.

A partir dos dados, pode-se identificar diversas atividades realizadas no *setting* da Terapia Ocupacional: jogos de videogame, jogos de computador, construção de *labels*, brincadeiras de faz de conta, esconde-esconde, jogos estruturados, jogos corporais, ouvir música, conversar sobre o que foi vivido, balançar, brincar no pneu e na tirolesa, culinária, ida até a gráfica para plotar as *labels* e colocá-las no papel autocolante, ida ao shopping e sorveterias, entre outros.

Conversas sérias sobre alguns temas e aprendizados importantes para as atividades que realizavam no cotidiano:

“Eu acho que tinha [...] uma dose de brincadeira. Mas tinha também por exemplo: comer. E aí descolar da brincadeira e ser papo sério, sabe, de poder mexer com fogo, de saber mexer com as coisas, de poder comer com um certo limite” (TO do Carlos).

“Conversa séria, conversa de gente grande. Então isso também acontecia, saber cuidar do corpo e saber comer legal, fazer comida, e aí também tinham brincadeiras, claro, tinham muitas brincadeiras [...], mas tinham também [...] outros tipos de atividades que [...] não passavam pela questão da brincadeira” (TO do Carlos).

“[...] Gisele, tú não é modelo? Vamos aqui aprender umas caras. Aí ela começa a fazer uma cara. Quando cheguei no Instagram lá estava ela assim, fazendo bonito. Aí eu disse: Gisele, eu vi aquela foto tava legal, eu vi e ficou boa [...] Gisele é modelo, a mãe dela desenvolveu uma linha de roupa de ginástica que a inspiração foi a Gisele [...]”(TO da Gisele).

Também foi possível identificar atividades relacionadas ao contexto escolar para que a terapeuta ocupacional auxiliasse no processo de aprendizagem encontrando caminhos para facilitar a realização da mesma.

“Muitas coisas sem ser a brincadeira. Algumas coisas pautavam no estudar, de fazer coisas de estudos, de fazer coisas necessárias, que era uma coisa que era importante para ele” (TO do Carlos).

“[...] ele está lendo um livro na escola, sobre a Arca de Noé. Ele trouxe esse livro. Aí a gente fez a prancha de comunicação para falar sobre esse livro e aí conta a história apoiando na prancha [...]”(TO do Teodoro).

“Eu sempre pego antes de uma pedagoga a tarefa. Eu sempre faço. Eu quero ver uma tarefa. Eu quero ver como é que retira e coloca dentro da mochila, guarda com ela, como faz, porque tem a ver com que caminhos é esse que ele está tentando trilhar. E que elementos concretos podem facilitar ou dificultar [...]”(TO da Gisele).

E são inúmeras as possibilidades de realização de atividades, podendo ser jogos estruturados, jogos corporais, ouvir música, desenhar e preparar algum alimento ou refeição.

“Eu jogava jogos de tabuleiro, [...] eu não lembro o nome, mas era um jogo [...] tipo lince, [...],mas o que mais me marcou, Leila, foi ter conhecido outro paciente aqui, que é o G. Teve a festa de aniversário dele aqui no consultório” (Carlos).

“Hoje eu fui na tirolesa, balancei no pneu e rolei no tubão para salvar o leão, o lobo e a chapeuzinho amarelo. Ouvi o Leão do Fagner. Joguei blink e eu ganhei. Eu achei da hora!”(Teodoro – relatou com o uso da CAA).

“Quando a gente vai ouvir música, é uma coisa que ele gosta muito, aí eu tenho ali um vocabulário acessório para poder apoiar essa atividade [...] não vale música repetida, vamos colocar uma música nova, de ter uma playlist com as músicas que ele mais gosta [...]”(TO do Teodoro).

“[...] e aí a gente fez uma brincadeira da Arca de Noé, então ele tinha que escolher qual animal, ele era o Noé e aí eu vou entrando também com o simbólico, qual animal que ele tinha que salvar. Aí eu construí um percurso, tipo um circuito, que ele tinha que passar por

dentro do túnel para salvar os animais [...] depois a gente conversou sobre isso, a gente fez um desenho sobre, ele me ajudou a desenhar [...]"(TO do Teodoro).

"Teve uma época que a gente brincava muito de LOL" (Gisele).

"Era fazendo cupcake" (Gisele – referindo a uma fotografia que foi apresentada a pesquisadora).

"[...] o banho, cozinha, pintar, fazer parkour, sair e passear [...]"(TO da Gisele).

Nos três grupos, a possibilidade de realização de atividade é diversa e não está relacionada somente ao brincar ou brincadeiras, a escolha das atividades não é protocolar ou rígida e novamente segue os desejos e necessidades singulares do sujeito alvo.

"Nós fomos no shopping, nós lanchamos e compramos livros" (Gisele).

Para o MTOD, as atividades são o instrumento na Terapia Ocupacional e estão presentes na dinâmica da relação triádica. No entanto, em alguns momentos, pode ser necessário utilizar alguns recursos, que podem ser empregados conforme a necessidade do sujeito alvo e pelo tempo que for imprescindível para ele.

"[...] eu utilizo recursos da integração sensorial e da comunicação alternativa [...]" (TO do Teodoro).

"[...] eu utilizei recursos da psicanálise e da integração sensorial [...]" (TO da Gisele).

As terapeutas ocupacionais relatam o uso dos recursos específicos que foram utilizados com o seu paciente, de forma singular, mas também evidenciam o abandono ou a não utilização do mesmo, caso não seja uma necessidade do sujeito alvo observada na dinâmica da relação triádica.

“[...] com ele? Não, não cheguei a usar, não precisei compor com nenhum recurso [...]”(TO do Carlos).

Como pode-se observar, algumas atividades são realizadas no consultório, de forma pequena, e após garantir a aquisição, são levadas para o social, compreendendo que o *setting* pode ser em diferentes lugares.

9.4 Setting

Nos mapas situacionais organizados pode-se observar que o *setting* é uma categoria que aparece nos três mapas dos grupos: Compaixão, Tirolesa e Aquarela e está interligada aos códigos: *setting* estendido, parceiros do consultório, experimentações, construções de limites, espaço físico do consultório.

As terapeutas ocupacionais descrevem seus consultórios, o espaço físico que o sujeito alvo transita:

“Esse setting é como se fosse tudo o que tem em uma casa, no ambiente privado. Então, trabalho assim que todas as aquisições primeiro partem do ambiente protegido e privado para depois saírem e ir para o social, então aqui é como se fosse uma micro casa, você está vendo, aqui é uma cozinha, tem tudo integrado, você vai ter o banheiro, você vai ter a lavanderia, você vai ter a área externa que são os jardins, as plantas[...]”(TO do Carlos).

“[...] o meu setting é totalmente vazio. Assim, o nosso espaço atualmente ele tem toda essa cara, porque no meio da sessão a mãe passa para ir no banheiro [...] a gente começa sempre, a gente tem um ponto de partida, onde é aquele que nos agrega, onde nos iniciou [...] eu tenho uma cozinha lá e um atelier e a sala de IS [...]”(TO da Gisele).

“[...] eu tenho várias salas lá no meu consultório. Então eu transito com ele de acordo com aquilo que ele vai. A gente sempre começa nesta sala maior, que é uma sala que tem equipamentos, que tem

balanço, escorregador, tirolesa [...] eu tenho uma sala que não tem nenhum estímulo, mas que tem um computador, tem uma mesinha para tomar lanche [...] a gente vai usando esses espaços conforme as atividades que a gente vai fazendo, sem nada muito rígido [...]”(TO do Teodoro).

Os limites também não existem *a priori*, eles vão sendo construídos a partir do que é observado na relação triádica.

“[...] todas as restrições e os limites vão ser construídos, então por exemplo: lá a prateleira onde vão ter coisas que quebram, só vai poder ter restrição se eu percebo que ele ainda não sabe lidar com algo que quebra, porque se já sabe, eu não preciso dizer: olha não põe a mão porque quebra [...]” (TO do Carlos).

“[...] tem vários lugares dependendo do que a gente vai fazer e combinar ali e for possível, a gente tem uma regra que é a gente tem que fazer o que foi combinado [...]”(TO da Gisele).

“[...] essa busca pela tecnologia hoje, por exemplo, fica de boa assim, às vezes ele até vai abre a minha bolsa, pega o celular e aí eu falo “não pode, a gente não vai usar celular agora” e ele fica de boa [...]”(TO do Teodoro).

9.4.1 Setting estendido

O *setting* pode ser estendido à medida que as aquisições já foram garantidas no privado ou ser essencial para realização das atividades no cotidiano do sujeito alvo, como por exemplo, em alguma situação crítica, como foi na pandemia do coronavírus.

“[...] eu acredito que só dá para pensar em ir para fora, quando algumas coisas já estão garantidas [...] tudo é vivido primeiro nesse lugar protegido, nesse lugar de cuidado para que um dia, ele pudesse ir para lá [social] um pouco mais fortalecido [...] as festas de aniversário que começaram a ser possível ele ir em outras festas de

aniversário foram experimentadas no consultório com os amigos dos consultórios, foi cantado parabéns, foi vivido aqui [...] as primeiras festas que eu fui ao lado dele eu fui uma pessoa que esteve ao lado dele [...]”(TO do Carlos).

“[...] eu fui restaurando lá na plotar, lá no consultório antigo tinha uma gráfica [...] foi com cuidado para o carro não atropelar [...]”(Carlos).

“[...] a G., é uma paciente da TO do Carlos e ela quem me deu aula para ajudar no curso supletivo que é o ensino médio completo, ela dava aula no consultório da TO do Carlos”(Carlos).

“[...] se eu precisar ir na escola, se ela ficar mais na casa da avó, eu vou. Vejo nas horas mais cruciais para o banho, almoço e brincar [...] o meu setting principalmente para crianças muito iniciais, ele tem que começar de casa [...]”(TO da Gisele).

“[...] hoje eu tomei sorvete de ovomaltine [...] eu estou aprendendo a comprar o sorvete. Meu pai me dá o dinheiro [...]”(Gisele contando sobre a atividade que fizeram no dia da entrevista).

“[...] a gente desligava e ligava a tela [...] e cada uma tinha uma surpresa [...]” (Gisele relatando sobre as atividades que realizaram online durante a pandemia).

Pode-se observar que os três sujeitos alvo, participantes da pesquisa, tiveram ampliações e construções de novos contextos sociais a partir das contribuições da Terapia Ocupacional com o MTOD para a inserção social das pessoas autistas. Eles estão inseridos socialmente nos cenários da: família, escola, lazer e amigos e para o jovem autista também foi possível se inserir no trabalho, na religião e na academia.

Na análise de dados emergiu a categoria “quarto termo” e construções e ampliações dos espaços de saúde”.Elas aparecem nos três mapas situacionais organizados e estão intimamente ligadas às experiências e construções no social para o MTOD.

9.5 O quarto termo

Na categoria O quarto termo no mapa situacional organizado emergiram os códigos à família, aos amigos, à equipe, à escola e às atividades extraescolares.

O quarto termo está diretamente conectado à dinâmica da relação triádica e é parte importante no processo de intervenção na Terapia Ocupacional. O terapeuta ocupacional realiza reuniões e conversas frequentes com a equipe, a família e a escola para que possa auxiliar na construção e ampliação de espaços de saúde, bem como encontrar caminhos que facilitem ou dificultem essa ampliação e experiências no social.

De acordo com os dados coletados, não existe uma frequência protocolar exigida, a participação da família, dos amigos, do grupo escolar no processo de tratamento na Terapia Ocupacional que utiliza o MTOD ocorre a partir das necessidades apresentadas pelo paciente ou por pessoas e equipe do seu convívio.

“Às vezes, vinha pela necessidade dela [mãe], então essa frequência também é construída na necessidade do caso”(TO do Carlos).

“[...] amãe do Carlos me ajudou muito. Porque eu falava Ana, me ajuda porque lá no SENAC, vamos tentar e vamos ver o que a gente pode fazer [...] quando a terapeuta tinha alguma dúvida, ela me chamava e quando também eu precisava, né?” (mãe do Carlos).

“[...] eu queria conversar com a minha mãe, você poderia conversar junto com a minha mãe?” (Carlos).

“[...] oh TO do Teodoro, se vira aí que agora você vai ter um novo desafio. Nós vamos ter que ensinar ele a tomar esse comprimido, então, assim, a gente tem coisas pontuais, questões pontuais que a gente sempre levou para esse tratamento de Terapia Ocupacional [...]” (mãe do Teodoro).

“[...] eu fiz uma reunião com a equipe maior da escola e teve um dia que o AT que fica com ele na escola foi até o meu consultório para a gente conversar, para eu poder falar um pouco de algumas coisas que eu pensava em relação a comunicação [...] fiz muitas reuniões com a equipe que me indicou [...] conversei com os pais, falei das estratégias de comunicação das pranchas temáticas e de como incentivá-lo a escrever e relatar as experiências que ele estava vivendo pela escrita [...]”(TO do Teodoro).

Algumas necessidades são observadas no contexto que o sujeito alvo está inserido e o terapeuta ocupacional se desloca até esses locais para que possa auxiliar em determinado momento ou situação, por exemplo: quando um menino no curso profissionalizante puxou a cadeira e Carloscaiu, houve a necessidade da terapeuta conversar com a equipe escolar e com o aluno ou quando foi necessário conversar com a equipe para fazer uma tentativa de implantação de um sistema de comunicação aumentativa e alternativa, como pode-se observar abaixo.

“Teve conversa com ele [um menino] [...] o pessoal do SENAC que também ajudou a ter conversas com ele, para ver se ele maneirava, [...] porque [era] [...] ele quem estava inadequado. [...] o Carlos estava estudando, estava sossegado” (TO do Carlos).

“[...] tentei em um primeiro momento, conversar com a equipe, eu configurei o aplicativo dele de comunicação, para que ele pudesse utilizar em uma situação de comunicação [...]”(TO do Teodoro).

“[...] nós temos um fazer de costuras nessas equipes [...] então a gente costura, a gente leva e traz, a gente monta grupo de WhatsApp, a gente marca reunião na escola [...]o principal para mim, onde é que essa criança tem que subir no palco, na escola. Então a escola é costurada muito pela gente [...]”(TO da Gisele).

Além da família e equipes, os amigos também podem ser convidados a participar das intervenções ou algumas amizades são iniciadas no próprio consultório em um ambiente pequeno e protegido.

“[...] uma coisa que me marcou foi ter conhecido o paciente novo dela [TO do Carlos] que é o G. O G. para quem não sabe, ele é outro paciente assim como W. O G., para quem não sabe ele é deficiente, ele é cadeirante, vamos dizer assim, não tem força de andar na perna. Mas ele, a primeira vez, nossa, ele gosta de game igual eu, gosta de PC igual eu, nossa! Funcionou os gostos praticamente”(Carlos).

“[...] A tia S., a A., e a tia [mãe da Gisele], era fazendo um cupcake [...] esta era na minha casa nova [...] eu fiz a uma ideia de ir para a minha casa, eu, a tia S., a A. e a tia [mãe da Gisele] [...]”(contou Gisele sobre sua amiga no consultório).

O quarto termo sendo representante do social, como pode-se observar, pode favorecer as ampliações do que foi vivenciado nas sessões de Terapia Ocupacional e auxiliar na construção de espaços de saúde.

9.6 Construção e ampliação de espaços de saúde

Os espaços de saúde na Terapia Ocupacional com o MTOD são construídos ao longo das intervenções e é sustentado pela dinâmica da relação triádica com investimento ativo da terapeuta ocupacional em observar e ampliar o que está sendo realizado, propondo e ensinando a percorrer novos caminhos que possibilitem novas experiências e vivências que encontrará lugar no social. Tais caminhos podem permanecer ou não, e dependerá dos desejos e interesses de cada sujeito alvo.

9.6.1 Grupo Compaixão

Com o Carlos, a terapeuta ocupacional ativa por meio do manejo da dinâmica da relação triádica pôde identificar que ele gostava de estudar e tinha o desejo de aprender.

“[...] eu sempre gostei de aprender [...]” (Carlos).

Porém, as experiências anteriores em sua vida estudantil trouxeram sofrimento e um afastamento necessário, naquele momento, da escola, para que ele pudesse experimentar, em um *setting* protegido, novas formas de aprendizado e experiências que pudessem atualizar suas vivências, imprimindo novas marcas na sua vida. Carlos havia interrompido por um período o processo de aprendizagem escolar, conseguindo terminar o ensino fundamental de forma muito sofrida e sem dar continuidade ao ensino médio.

“[...] nós não participamos da formatura, porque era aquele bailinho, aquela coisa, e os meninos já na adolescência [...] não estava combinando ele participar de uma coisa que não estava dando certo. Eu achei que não estava dando certo, ele estava sendo desprezado” (mãe do Carlos).

O cuidado em Terapia Ocupacional possibilitou ampliar de forma cuidadosa e graduada, que Carlos conhecesse suas dificuldades e suas potências.

“[...] não dá para negar o que é um problema, acho que os problemas vão aparecer, [...] não precisa fazer muito esforço [...] viver a limitação aqui no setting nosso, a limitação aparecia e se colocava e trazia a paralisia daquele projeto: não dá ainda, ou desse jeito não dá? Então, precisava buscar outro momento, outro caminho” (TO do Carlos).

“[...] a parte de matemática, física e química. Porque são as matérias mais difíceis, essas matérias não são fáceis. Tem que ter muita calma, tem que ter muita paciência[...]” (Carlos).

Ao escolher enfatizar o que o paciente faz de melhor, permitir que apresente o seu mundo à terapeuta, novas formas e possibilidades de atividades foram surgindo. Olhar somente para o que falta, para o déficit, corre-se o risco de não ver o sujeito e sua singularidade, que estão além do diagnóstico clínico, em camadas profundas.

“[...] como ele tinha um repertório muito pequeno produtivo, ampliar era a primeira necessidade [...] começamos por um lugar que já é

sabido e que ele tem vontade [...] é claro que depois vieram outras, aí foram essas questões de conseguir aumentar, por exemplo, a possibilidade de transitar socialmente [...]”(TO do Carlos).

“[...] tinha ficado uma marca muito ruim de que ele não consegue, e aí quando ele se deslumbrou e eu disse para ele: você consegue! Isso foi muito legal, ninguém nunca jogou esse jogo como você joga e é de verdade [...]”(TO do Carlos).

“[...] eu sou retrô, colecionador, quem disse que eu não sou? [...] eu tenho uma coleção do Super Nintendo que eu fui adquirindo aos poucos, que eu não tinha muito jogo, quando eu era pequeno e aí eu fui comprando, comprando no Mercado Livre, os menores eu deixei a label da época, outras eu fui restaurando [...] restaurando na Plotar, lá no consultório antigo, tinha uma gráfica perto [...]”(Carlos).

Com as experiências vividas no consultório, novos desejos começam a aparecer e Carlos apresenta o interesse em retornar à escola e encontra nas sessões de Terapia Ocupacional possibilidades de ajuda para suas dificuldades reais.

“[...] ele encontra com paciente que podem ajudar ele a voltar à escola e voltar de um outro jeito agora, lógico ainda com muito medo, mas com a porta aberta de começar uma nova história para a escola [...]”(TO do Carlos).

“[...] a V., ela é a paciente da TO do Carlos, e ela quem me deu aula para ajudar no supletivo que é o ensino médio completo, que eu fiz supletivo por dois anos”(Carlos).

Ao terminar o supletivo, um novo projeto foi iniciado, o de procurar um lugar de ensino para os novos desejos do Carlos.

“A gente caminhou viu, a gente foi em várias escolas para ver qual poderia ensinar o Carlos de forma mais cuidada. E aí, a gente

encontrou no SENAC e um grupo e esse grupo tinha pessoas de inclusão” (TO do Carlos).

“[...] depois do supletivo eu fiz dois anos de TI [Tecnologia da Informação]. Depois fiz curso de manutenção de computador. Depois eu fiz o projeto trampolim dois anos, depois eu fiz o de redes e lojas que é mais complexas, vamos dizer assim. Eu fui indo, indo e acabei [...]” (Carlos).

E para realizar esses cursos, Carlos tinha que fazer a inscrição de bolsa de estudo e essa era outra atividade nas sessões de Terapia Ocupacional.

“[...] a gente ligava dois PCs, aquele lá ainda funcionava a fonte e um notebook, a TO do Carlos ainda usa hoje em dia para fazer as artes no WhatsApp [...] meio dia já tinha que entrar [...] e aí a gente festejava [...]” (Carlos).

Ao conhecer e conversar com os coordenadores da instituição SENAC, a terapeuta ocupacional, paciente e sua mãe conheceram um programa que poderia favorecer para que Carlos conseguisse pensar e iniciar sua vida profissional.

“No SENAC tinha um programa chamado PET Trampolim que foi uma benção aquilo. Ele tem amigos até hoje que ele trouxe de lá” (mãe do Carlos).

“[...] e o que é o curso do PET Trampolim. É um curso preparatório para o mercado de trabalho. Graças ao SENAC eu consegui conhecer mais amigos [...]” (Carlos).

E a experiência de estar inserido nesse grupo contribuiu para que Carlos pudesse fazer novas e verdadeiras amizades que permanecem até os dias atuais.

“[...] a gente se encontra uma vez por mês, tem um encontro [...] que era do trampolim e continuaram até hoje [...] a gente vai no shopping, passeia na praça de alimentação, anda de carrinho porque

a gente tem deficiência, PCD [Pessoas com Deficiência], vai no cinema [...]”(Carlos).

A experiências de aprender a ter um amigo, de se preocupar com o outro também foi iniciado no consultório da terapeuta ocupacional, assim como aprender sobre novos sentimentos para vivenciar outros relacionamentos sociais.

“[...] primeiro aqui com esses dois pacientes meus, um que estava no lugar de professora e que era uma professora e o G., que foi um amigo que veio daqui para depois ele ter amigos hoje, que ele verdadeiramente ama, que ele fala [...]”(TO do Carlos).

“[...] aprendi a ter compaixão[...]”(Carlos).

“[...] ele aprendeu a ter compaixão porque às vezes as pessoas estão tristes e chorando e precisam ficar um pouco mais na sessão [...] ele também chamou a mãe para entender melhor essa palavra [...] ele aprendeu a respeitar o tempo do outro e que às vezes não tem importância que atrasa um pouquinho [...]”(TO do Carlos).

E essas novas experiências com os amigos também foram sendo abraçadas pela família.

“[...] ele vai no shopping com os amigos de final de semana. Ele leva o dinheiro, ele compra o lanche dele. Ele me liga a hora que termina e eu vou buscar e levar [...] às vezes fico no shopping se preciso ajudar [...]”(mãe do Carlos).

Com a experiência do PET Trampolime o aprendizado de novos relacionamentos, Carlos também se interessou por uma possibilidade de trabalho e convidou a mãe, a encorajando a trabalhar junto com ele.

“[...] nesse meio tempo apareceu uma opção muito boa de serviço, do Magazine Luiza de Coleta. Eu, por exemplo, eu coeto aqui, coeto no parque dos Pinhos, depois eu coeto lá no Anhanguera [...] eu estou

adorando, Leila! [...] Entrou eu e a minha mãe, vou firme e forte!”
(Carlos).

“[...] eu pensei assim, eu não vou não, porque eu não vou dar conta. Mas como que é? Ai ele me explicou como era o serviço e o Carlos no primeiro dia já falou: Não, nós vamos sim! Para que ter medo? [...]” (mãe do Carlos).

Atualmente Carlos concluiu o curso técnico profissionalizante, trabalha, frequenta a academia e frequenta a Igreja.

“[...] antes eu era sedentário [...] todo sábado cedo das nove às onze eu fico lá duas horas nadando, aproveitando e conhecendo novas amizades [...] eu vou na missa também todo sábado [...] eu estou todo atarefado, isso que importa né? [...]”(Carlos).

E continua realizando as sessões de Terapia Ocupacional:

“[...] para fazer experiência, para ter uma amizade, manter a amizade que vai continuar por muitos e muitos anos. Parceria sempre [...]” (Carlos).

9.6.2 Grupo Tirolesa

Teodoro inicia o cuidado em Terapia Ocupacional sem interesse pelo outro ou por novos aprendizados que o distanciaram do convívio social, fortalecendo uma relação com ele mesmo.

“[...] ele fala tudo, ele fala perfeitamente [...] ele não gosta de conversar porque ele não gosta do social [...]”(mãe do Teodoro).

“[...] ele consegue ler as palavras, ele sabe, ele consegue decodificar os símbolos, ele gosta de construir frases, mas nem sempre ele faz isso numa relação dialógica, numa relação com o outro, ele usa isso com ele mesmo [...]” (TO do Teodoro).

A terapeuta ocupacional ativa e criativa foi tentando se fazer presente nessa relação para que pudesse existir de fato um encontro e pudesse ser construída uma dinâmica da relação triádica, para que novas vivências, experiências e aprendizados pudessem acontecer. No início, a partir dos interesses e desejos do sujeito alvo.

“[...] eu aproveito muito assim, como ele chega e pega o material, eu sempre aproveito muito essas coisas que ele pega para propor alguma coisa que amplie, e que a gente possa fazer junto [...]”(TO do Carlos).

Mas foi com a observação, reflexão e na própria ausência que a terapeuta ocupacional se fez presente na relação. Ela foi descobrindo que o tempo todo insistindo na construção da relação triádica, poderia estar sendo estressante para o Teodoro e se afastar poderia ser uma possibilidade.

“[...] às vezes isso é absolutamente estressante para ele e aí eu comecei com essa possibilidade de um maior tempo, eu comecei a me distanciar um pouco, comecei a entender que talvez uma estratégia boa fosse eu ficar um pouco mais de stand by e de perceber o que a minha presença provocava ali [...] a primeira vez que eu fiz isso, ele montou o boliche, pegou a bola e ele contou até três e jogou, ele derrubou os pinos de boliche e eu fiquei quieta, aí ele veio, ele mesmo falou: Muito bem, Teodoro! Aí ele olhou em volta e viu que eu não falei muito bem também, aí ele foi lá pegou na minha mão e me levou para brincar. Nessa hora eu falei, puxa, agora ele sabe que eu estou aqui [...]”(TO do Teodoro).

Após construir a relação triádica, novas experiências foram ensinadas e ampliadas e Teodoro diversificou seu repertório de atividades.

“Elefantinho colorido” (Teodoro responde ao ser questionado sobre o que mais gostou de aprender nas sessões de Terapia Ocupacional).

“Tirolesa” (Teodoro também relatou como outra atividade que gosta de realizar).

“[...] aqui você tem que prestar atenção, você tem que fechar a mão porque senão você pode cair ou ele perceber que ele não alcança a tirolesa e aí eu falo: olha talvez vai ter que pegar um banquinho para te ajudar [...]”(TO do Teodoro).

Com novas experiências vividas nesse *setting*, inicialmente protegido, Teodoro consegue ampliar para outros espaços o que foi vivido na Terapia Ocupacional observados em uma viagem com a família e também em um passeio escolar.

“[...] a gente viajou agora no final do ano para Gramado e tem um parque lá que eles tinham acabado de inaugurar um parquinho maravilhoso, com uma tirolesa. Ele foi umas cinquenta vezes naquela tirolesa. É nisso que a gente percebe a diferença. Em outros tempos, jamais [...]”(mãe do Teodoro).

“[...] quando Teodoro está pronto para colocar os aparelhos de segurança, ele desiste. Foi assim antes, mas desta vez, eu me lembro dele ter ido tranquilamente na tirolesa, ele não demonstrou medo [...]”(AT do Teodoro).

O interesse por estar com o outro e também em comunicar com o outro iniciado nas sessões de Terapia Ocupacional possibilitou a criação de amigos e diálogos com a família que antes não existia.

“[...] antigamente ele tinha um único amigo na escola que ficava ali com ele, o Z., agora ele tem alguns [...] todo o ano as turmas mudam e as crianças fazem no final do ano um sociograma, eles escolhem os cinco melhores amigos e eles tentam combinar isso para fazer essa mudança [...] o Teodoro está no sociograma de cem por cento da turma, em algum nível [...]”(mãe do Teodoro).

“[...]ele é muito mais comunicativo do que ele era, ele já consegue, às vezes, te responder, por exemplo, ontem à noite ele foi deitar, ele falou: quero que conta uma história [...] aí eu contei uma história e falei que eu queria os três porquinhos, o Teodoro conta? Aí ele

começou a me contar a história dos três porquinhos e isso jamais aconteceria [...]”(mãe do Teodoro).

Teodoro respondeu com o uso da CAA às perguntas da pesquisadora e demonstrou interesse por conhecer, por exemplo, a marca do perfume que a mesma gostava e logo em seguida já deu continuidade a um breve diálogo.

“[...] Natura”(Teodoro relatou qual marca de perfume gostava).

“[...] Teodoro demonstra muito interesse por saídas que faz na Terapia Ocupacional, sempre conta “eu fui em tal lugar com a tia [TO do Teodoro], mamãe e papai” e sempre traz coisas positivas quanto a esses eventos” (AT do Teodoro).

9.6.3 Grupo Aquarela

A terapeuta ocupacional observou inicialmente que Gisele não sabia brincar, estava passiva e desorganizada com relação ao seu fazer, estava em uma posição de exclusão que a distanciava do social.

“[...] ela pegava e jogava, pegava e jogava as coisas. Ela pulava entre objetos [...] era um brincar só exploratório [...] ela não era ativa no processo, ela era passiva [...]”(TO da Gisele).

O início do cuidado foi na residência da Gisele e a terapeuta ocupacional instaurou um processo de auxílio na organização do ambiente, com seus brinquedos, além de ampliar os espaços de saúde para de fato poder aprender a brincar.

“[...] vamos organizar o cantinho da Gisele para brincar. Vamos separar as coisas da Gisele e do irmão dela [...] vou preparar um baú de coisas, porque ao mesmo tempo que existia muito material, existia uma pobreza de apresentação [...]”(TO da Gisele).

O ponto de partida foram os brinquedos que a Gisele tinha interesse, como por exemplo, a patrulha canina e LOL.

“[...] a gente foi arrumando, foi colocando as coisas de interesse da época. Ela tinha muito interesse pela patrulha canina, pela Sky, porque ela assistia muito televisão [...]”(TO da Gisele).

“[...] com o passar do tempo, ela foi aprendendo a brincar com a LOL [...] era uma tentativa de tentar pescar alguma coisa, a partir dos cacos que Gisele oferecia, esse terapeuta tentava organizar a brincadeira e mostrar e fazer pequenos deslocamentos [...]”(TO da Gisele).

“[...] teve uma época que a gente brincava muito de LOL”(Gisele).

“[...] eu aprendi a brincar e aí eu aprendi a fazer coisas [...]”(Gisele respondendo sobre o que aprendeu nas sessões de Terapia Ocupacional).

Gisele aprendeu diversas atividades na dinâmica da relação triádica que permitiram novas aquisições em sua vida cotidiana.

“[...] percebi que a Gisele começou a ficar independente ao comer, a se vestir e a tomar banho [...] a organizar os brinquedos depois das brincadeiras [...] e começou a interagir mais com os próprios brinquedos e sozinha, sempre com uma narrativa, nada aleatório ou com estereotipias [...]”(mãe da Gisele).

As relações sociais iniciadas *a priori* com a terapeuta ocupacional e com a família também foram ampliadas de forma protegida no consultório da terapeuta ocupacional e no *setting* estendido com outros amigos conquistados.

“[...] se eu não tivesse feito esse link dessa gama, para a investida no mundo social onde ela andasse, teriam ficado só no nível dos settings [...] hoje ela é adequada nos lugares, ela desce no prédio dela e brinca com todas as crianças na piscina [...]”(TO da Gisele).

“[...] e eu peguei o sorvete de ovomaltine com a água sem gás e sem problemas [...]” (Gisele contando sobre o passeio que tinha feito com a sua TO).

“[...] eu tenho amigos da escola. Elas vão na minha casa sexta-feira. Eu vou tomar banho de piscina com elas na minha casa [...]”(Gisele).

Outras necessidades são incorporadas à medida que o sujeito alvo solicita, Gisele é curiosa e gosta de aprender. Sua mãe fundou uma empresa de roupas inspirada na Gisele que se tornou modelo da mesma. As fotos tiradas para o catálogo com poses foi uma das atividades aprendidas realizadas no consultório de Terapia Ocupacional, sustentada pela relação triádica.

“[...] sim, eu tiro, Leila! Eu sou uma das modelos da P. É a loja da minha mãe [...]”(Gisele).

“[...] você tinha horror às fotos. Ela tinha horror às fotos, lembra, Gisele? Gisele, vamos fazer uma foto? Não! E agora? Agora ela só fica posando”(TO da Gisele).

E todas as aquisições aprendidas na Terapia Ocupacional estão inseridas no social, à sua maneira.

“[...] hoje ela já fala das amizades, dos colégios, hoje ela já consegue estar situada nesses ambientes, ela não conseguia antes, era muito difícil para ela, ela ficava muito tensa na escola, ela tinha várias fugas ou mesmo se desorganizou, ela não se desorganiza mais, embora ela fique muito ansiosa, quando exige dela um intercâmbio maior, ficar mais atenta a aprendizagem na escola, nas interações, ela ainda fica, ainda é um desafio para a Gisele, mas o que eu sinto é que ela já tem mais ferramentas para estar numa sala de aula, para ficar mais atenta ao ambiente, tem também ferramentas para se posicionar, ela não fica de forma passiva. Eu acho que o trabalho da TO da Gisele é muito esse, se ela está num grupinho, ela fala, ela

joga, com as particularidades dela, mas ela faz dança, aula de piano, então ela está mais integrada e com mais capacidade de estar nesse intercâmbio com o mundo, a sua maneira”(psicóloga da Gisele).

E à sua maneira, Gisele responde cantando Aquarela após a pesquisadora perguntar qual música ela mais gosta de tocar ao piano.

A partir de todo o cuidado ofertado nas sessões de Terapia Ocupacional, sustentado pela dinâmica da relação triádica do MTOD, em um *setting* que inclui o quarto termo, pode-se visualizar as transformações que marcaram a vida do sujeito alvo. Com alteração nas posições de exclusão social e com repertório restrito de atividades para diversas ampliações e construções de espaços de saúde que permitiram a inserção social do mesmo com sentido e significado para o sujeito alvo.

9.7 Construções de sentidos

A construção de sentidos sobre o que foi vivido na história do sujeito alvo nas sessões de Terapia Ocupacional pertence ao sujeito alvo. O terapeuta ocupacional utilizou a técnica Trilhas Associativas para conhecer e construir significados com o seu paciente. Saber o que para ele é importante, suas necessidades e seus desejos, o que auxiliou na percepção de quem é, integrando dificuldades e potenciais e tornando-se um protagonista da sua história.

“[...] para Gisele, a nossa trilha é conversando [...] as trilhas na infância ela tem, nem sei se eu posso estar falando isso, mas ela tem uma velocidade de acontecer [...] porque ela acontece, via de regra, a partir de um elemento, um objeto específico e que dali você puxa tudo [...] no caso da Gisele, ela lembra e diz: tia, tu se lembra quando eu era pequena, tu se lembra que eu não tirava foto, que eu tinha medo de foto, não era? Sim, mas naquele tempo tu também usava fralda, não era? Ai ela disse: era. Ai eu digo: aprendeu, não foi? A gente aprende as coisas, Gisele [...]”(TO da Gisele).

“[...]eu acho que a trilha pode passear, por exemplo, na infância, desde elementos concretos a elementos fotográficos, a elementos de registro e a elementos só verbais, porque circula. Porque as

lembranças do sou assim e como eu era estão presentes [...]”(TO da Gisele).

“[...] sim, eu utilizo trilhas. Ele fala da pasta dele, que vai ter as atividades dele, mas isso vai ser construído no processo [...] então ele é convidado de tempo em tempo, hoje ele já sabe fazer isso, ele escreve para aprender sobre coisas que então são mistérios que estão escondidos dentro de mim que eu ainda não vi. Ele traz essas questões da análise das atividades dele [...] tem um tempo para poder olhar, então ele fez esses dias como eu era antes e como eu sou agora. Então a primeira coisa que ele fez foi o tamanho, então ele era pequenininho e agora ele é grandão. Ele tinha duas cachorras que latiam muito e hoje tem um grande amor da vida dele que é a cachorrinha [...] qual grupo de coisas de atividades que ele fazia[...] o que trazia de grande dificuldade [...]”(TO do Carlos).

“[...] essas análises são feitas de tempo em tempo onde ele quer olhar e reescrever a história dele, dar um outro sentido para a história que ele viveu aqui, ou para ele continuar para renovar por mais um tempo, para parar e voltar depois em outro momento [...] ele pede de forma espontânea [...]”(TO do Carlos).

A construção e descoberta dos sentidos foi singular e pertenceu ao sujeito alvo e embora a família possa não saber ou reconhecer o que foi vivido e construído na Terapia Ocupacional, o sujeito alvo sabe e consegue validar a sua história.

“[...] ele não está trabalhando numa terapia só, ele está trabalhando em várias terapias, então a gente colhe o resultado do esforço de uma equipe[...] às vezes para a gente é difícil até definir: oh, isso daqui veio dali, isso daqui veio daqui [...]”(mãe do Teodoro).

“[...] elefantinho colorido [...] tirolesa [...]”(Teodoro respondendo à pergunta da pesquisadora sobre o que ele mais gostou de aprender na Terapia Ocupacional com a TO do Teodoro).

“[...] como a Gisele fazia outras terapias além da TO, não sei confirmar se todo o benefício veio só da TO da Gisele [...]”(mãe da Gisele).

“[...] eu aprendi a brincar [...]”(Gisele responde à pesquisadora sobre o que aprendeu na Terapia Ocupacional com a sua TO).

E para Carlos, sua história na Terapia Ocupacional é *“[...] só progresso! [...] é progresso atrás de progresso[...] quer mais o que? Como diz [...]”*.

9.80 MTOD com pessoas autistas

Para os terapeutas ocupacionais desta pesquisa, a busca pela saúde e construção de espaços da saúde na vida do sujeito alvo, vai além do diagnóstico clínico. Inserido no paradigma da Terapia Ocupacional, o MTOD não nega as dificuldades e necessidades do sujeito alvo, mas enxerga para além do comportamento, vê a criança em sua integralidade e singularidade.

“[...] a busca dos espaços de saúde e o não combate ao sintoma direto. Para mim é primordial [...] no método eu encontrei o espaço que eu posso pensar assim quando eu penso nesse sujeito eu penso nesse sujeito que se constitui, um sujeito que tem comportamentos, mas que diz para além do comportamento que tem a tarefa de se tornar gente, se tornar humano, apesar das suas dificuldades. Eu não estou atrás de consertar ninguém. Eu estou atrás de que ele consiga ser gente com aquilo que ele tem [...]”(TO da Gisele).

Para oferecer cuidado em Terapia Ocupacional às crianças autistas de forma singular, o MTOD mostra-se não protocolar e com flexibilidades, distanciando-se de práticas puramente comportamentais que podem enrijecer o cuidado e a criança.

“[...] a gente está dentro de uma lógica ainda pautada nesse modelo do comportamento. Está na moda. Acho que também tem essa questão da TO com a integração sensorial, como se a gente só tivesse

que responder a essas necessidades. Eu acho que no método, é uma forma, que permite uma atenção mais generalista, porque eu acho que você de alguma forma, de alguma maneira, olha para as necessidades [...] considera a necessidade e o desejo, olhando para quem é essa criança nesse entorno [...] acho que foi essa flexibilidade, esse não protocolar do método, foi me fazendo ao longo do tempo e percebendo o que seria mais terapêutico e educativo para essa criança que não tinha aver com ficar rígida em nenhuma dessas posições que ele precisa [...]” (TO do Teodoro).

E é na Terapia Ocupacional com o MTOD que o sujeito alvo consegue viver e conhecer suas dificuldades e potências, se sentir capaz de produzir e ser ele mesmo com respeito à sua diversidade e inserido socialmente.

“[...] o método ele é feito para comportar essas diferenças de uma forma integrada com o que a gente faz [...] viver a Terapia Ocupacional para ele fez ele se sentir capaz de ser potente em alguma coisa de verdade, se diferenciar disso através do jeito, da característica dele [...]” (TO do Carlos).

Parte 5

Discussão

5 DISCUSSÃO

Na quinta parte desta tese, será apresentado o Capítulo 10, que contém as discussões relevantes para a construção desta pesquisa. A discussão integra os resultados apresentados, corroborando ou refutando a literatura existente, além de evidenciar a originalidade desta tese e sua relevância para a forma de cuidado em Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO 10

DISCUSSÃO

10.1 Caracterização dos participantes

Diante de um fenômeno complexo investigado nesta pesquisa, a escolha da metodologia AS (Clarke, 2003) favoreceu a construção do conhecimento ao incluir diferentes atores (humanos e não humanos), o que permitiu adentrar as camadas mais profundas, impossíveis de serem percebidas na superfície, e que emergiram a partir dos dados e não de hipóteses pré-concebidas. Ao incluir um discurso heterogêneo, muitas vezes silenciado ou constituído por vozes da minoria, foi possível estudar conhecer a realidade, as relações com sentidos e significados entre pessoas, objetos e integrá-las ao contexto social.

Com relação aos participantes da pesquisa, as terapeutas ocupacionais são formadas no MTOD há, no mínimo, 18 anos. Elas são consideradas *experts* devido ao tempo de formação, ao conhecimento adquirido e à sua utilização na prática, além de terem sido indicadas por pares, o que garante maior confiabilidade. Esse delineamento metodológico possibilitou que a prática fosse conhecida e analisada a partir de um raciocínio clínico completamente fundamentado no arcabouço metodológico do MTOD, demonstrando que a forma como as terapeutas ocupacionais estruturam sua prática está em consonância ao que foi evidenciado no estudo de Araújo (2022) sobre o raciocínio clínico das terapeutas ocupacionais *experts* no MTOD. Tal estudo revelou que as terapeutas ocupacionais utilizam, ao longo de sua prática, três raciocínios: ético-estético (singular para cada caso, afasta-se de ideias prontas e preconceitos exclusivamente teóricos, encorajando o protagonismo do sujeito alvo); associativo (integra teoria, técnica, vivências profissionais e pessoais, metodologia e observações do sujeito alvo; associa dados subjetivos e objetivos, afastando interpretações gerais; é construído com respeito à singularidade e ao que é vivido na terapia ocupacional); e dinâmico (estruturado de forma fluida a partir da necessidade do sujeito alvo, incorporando conceitos e processos específicos do MTOD para condução da prática, tais como diagnóstico situacional, manejo da relação triádica e avaliação dialógica para construção de sentidos). Neste estudo, ao analisar o discurso das três terapeutas ocupacionais, foi possível observar que, ao revelarem sua prática clínica, elas utilizaram os mesmos conceitos e descreveram os mesmos processos contínuos presentes no MTOD, respeitando a singularidade de cada sujeito alvo. Isso culminou na construção das categorias dos mapas situacionais, das arenas e mundos, e dos posicionais.

Outro ponto de destaque é que as três terapeutas ocupacionais concluíram sua primeira formação no MTOD após um maior delineamento do método, ocorrido no início dos anos 2000, como revelado no estudo de Marcolino e Fantinatti (2014). São profissionais que continuaram participando da formação continuada oferecida pelo CETO, o que caracteriza a busca contínua de conhecimento com maior aprofundamento dos estudos e atualizações, uma vez que o método se mantém em constante construção e impacta diretamente na relação teórico-prático no atendimento de cada sujeito alvo (Araújo, 2022; Mello *et al.*, 2022).

É importante ressaltar que as terapeutas ocupacionais deste estudo são consideradas brancas e mulheres, o que corrobora com uma característica da profissão, composta majoritariamente por mulheres (Benetton, 2008) e reflete a desigualdade racial com relação ao acesso ao ensino de nível superior (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022). Além disso, elas possuem consultório particular próprio, o que particulariza nossos achados para um público de classe social que consiga arcar financeiramente com tais atendimentos, inclusive na integração de diversas especialidades.

Diante dos prejuízos nas atividades que sustentam o cotidiano decorrentes do impacto do autismo e das comorbidades psiquiátricas associadas, o trabalho em equipe multidisciplinar é amplamente recomendado. A colaboração interprofissional é considerada um modelo eficaz para o tratamento de crianças autistas, pois permite compreender as camadas mais profundas e a complexidade de cada paciente. A equipe pode ser composta por profissionais como terapeutas ocupacionais, médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos e acompanhantes terapêuticos (Andrade *et al.*, 2024; Romeu; Rossiti, 2022). O trabalho em equipe interprofissional foi relatado pelos terapeutas ocupacionais e familiares dos pacientes autistas participantes desta pesquisa, incluindo médico psiquiatra e neurologista, fonoaudiólogos, psicólogos e educador físico. Em nossos resultados, vê-se que o encaminhamento para o tratamento em Terapia Ocupacional foi realizado pela equipe no grupo do Teodoro, e nos outros casos, o encaminhamento foi realizado por psicólogos que realizaram a primeira avaliação da criança e reconheceram na Terapia Ocupacional a possibilidade de ajuda ao sujeito alvo.

Essa questão também será relevante na discussão de nossos achados, na medida em que os atendimentos de terapia ocupacional analisados não ocorreram de forma isolada no tratamento das crianças, devido às necessidades complexas apresentadas por cada sujeito-alvo em decorrência do impacto do TEA nas atividades de seu cotidiano (Matsukura, Minatel, Fernandes, 2022). É importante ressaltar que esta pesquisa não pretende estudar

isoladamente as intervenções da terapia ocupacional, mas sim identificar e descrever os processos que possam contribuir para a inserção social do sujeito-alvo a partir dos atendimentos de terapia ocupacional com o MTOD realizados durante a infância.

No Brasil, as famílias podem realizar o tratamento recomendado de forma particular, utilizando convênios de saúde com clínicas e profissionais credenciados, ou pelo SUS. Porém, nem sempre se trata de uma escolha. O debate atual circula em torno da escassez de políticas públicas, do alto custo financeiro para a realização dos tratamentos, da elevada carga horária indicada por alguns profissionais para terapias – especialmente as comportamentais – e do aumento no número de clínicas especializadas e diagnósticos de autismo, o que tem culminado na chamada “indústria do autismo” (Broderick; Roscigno, 2021; Fernandes *et al.*, 2024).

É importante ressaltar que, em um país como o Brasil, marcado por significativa desigualdade social, o número de famílias que conseguem ter acesso a um atendimento particular ou custeado por um plano de saúde representa a minoria. Nesse contexto, as famílias participantes desta tese apresentam nível socioeconômico elevado, o que lhes permite custear os atendimentos em Terapia Ocupacional na frequência necessária de forma particular, como já indicado anteriormente.

As mães participantes desta pesquisa são casadas e seus companheiros exercem atividade remunerada. A mãe de Carlos possui três filhos (incluindo Carlos), Teodoro é filho único e a mãe de Gisele tem dois filhos (incluindo Gisele). Em relação ao grau de escolaridade, duas possuem formação superior com pós-graduação na área, enquanto uma possui formação técnica, evidenciando a minoria da qual fazem parte, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas 19,2% da população brasileira tinha ensino superior completo em 2022 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Os atendimentos em Terapia Ocupacional foram iniciados em fases distintas do desenvolvimento infantil. Nos grupos Aquarela e Tirolesa, os atendimentos foram iniciados na primeira infância, quando Teodoro e Gisele tinham dois anos e oito meses, e três anos, respectivamente. No grupo Compaixão, os atendimentos iniciaram na terceira infância, quando Carlos tinha 11 anos, porém é necessário ressaltar que foi em 2006, na época, o diagnóstico era realizado em média na fase escolar, o que dificultava o acesso ao início das terapias. O cuidado deve ser ofertado para quem necessita, beneficiando as aquisições em Terapia Ocupacional (Campos, 2020; Silva *et al.*, 2020; Zanon; Backes; Bosa, 2014).

10.2 Mapas Situacionais

Com relação ao cuidado em Terapia Ocupacional à luz do MTOD, os dados analisados e codificados, agrupados em categorias e subcategorias, seguindo a recomendação de AS (Clarke, 2023) possibilitaram a construção de três mapas situacionais desorganizados e três mapas organizados, referente a cada grupo: Compaixão, Tirolesa e Aquarela. Os grupos apresentaram semelhanças entre si, que podem ser observadas ao apresentarem as mesmas categorias nos três grupos, sendo elas: relação triádica (terapeuta ocupacional, sujeito alvo e atividades); quarto termo; construção de sentidos; diagnóstico situacional; e *setting*. Além disso, os grupos Tirolesa e Aquarela também apresentaram a categoria “recursos”, enquanto no grupo Compaixão emergiu a categoria “trabalho”.

As semelhanças encontradas referem-se a conceitos e processos contínuos que pertencem ao desenvolvimento do MTOD. Isso indica que os terapeutas ocupacionais *experts* participantes desta pesquisa utilizam o MTOD como referencial para compor a prática clínica, fundamentando-a em uma base teórica sólida. Os resultados mostraram-se congruentes com a pesquisa desenvolvida sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais *experts* no MTOD. A forma como os terapeutas ocupacionais conduzem sua prática está completamente sustentada pelo arcabouço teórico-metodológico do MTOD, com a utilização de conceitos instrumentais e processos contínuos como: a construção do diagnóstico situacional, o manejo da relação triádica (terapeuta ocupacional – sujeito alvo – atividades), o processo dialógico de construção de sentidos e ampliação de espaços de saúde, almejando a inserção social (Araújo, 2022; Araujoet al., 2024).

O início dos atendimentos com as terapeutas ocupacionais do MTOD foi a partir de encaminhamentos realizados por outros profissionais, que enfatizavam alguma ação que o sujeito-alvo não conseguia realizar ou algum déficit. Exemplos disso incluem os prejuízos na aquisição e início da fala ou na capacidade de sustentar diálogo com o outro, como observado nos grupos Aquarela e Tirolesa, respectivamente; ou dificuldades cognitivas que comprometem o processo de aprendizagem escolar, como no grupo Compaixão. O sujeito-alvo encontra-se em uma posição de exclusão, sendo reconhecido por sua incapacidade de realizar determinadas ações e é associado às faltas e aos déficits. Essa visão está relacionada à compreensão de que a criança não apresenta um desenvolvimento “normal” esperado para sua faixa etária, mantendo-se distante das atividades cotidianas e imersas em algum tratamento com objetivo de melhorar ou curar esses déficits (Cestariet al., 2024).

A aquisição de habilidades para realização de atividades cotidianas – no caso das crianças estudadas nesta pesquisa – conversar e realizar atividades escolares esperadas para o desenvolvimento de determinada faixa etária é fator de grande relevância para o início do tratamento de crianças autistas. Entretanto, partir dos déficits e dificuldades não significa focar o cuidado somente na cura ou reabilitação de déficits e superação de dificuldades, sem considerar todo o contexto e as capacidades das crianças. A procura por intervenções pautadas na normatização e na cura está fortemente presente na contemporaneidade, como pode ser observada nos estudos sobre o complexo industrial do autismo. Tal complexo, em sua maioria, está sustentado pelo diagnóstico médico e abrange formas de cuidado centradas nos déficits, com o objetivo de extinguir comportamentos considerados inadequados para a participação na sociedade. O cuidado centrado nos déficits, ou na falta, pode enrijecer a prática, e tornar invisível o sujeito em sua complexidade, necessidades, desejos e existência, reforçando uma posição de exclusão (Broderick; Roscigno, 2021; Cestari *et al.*, 2024; Fernandes *et al.*, 2024).

Pensar na forma de cuidado para crianças autistas envolve ir além das questões relacionadas ao diagnóstico médico. Antes de tudo, é necessário considerar o próprio sujeito alvo, que amiúde carrega marcas de sofrimento geradas por preconceitos e pelos tratamentos precários, e, por vezes até cruéis, realizados nas antigas instituições psiquiátricas e que de certa forma, perduram até os dias atuais, como por exemplo, com a presença do uso de eletrochoque no cuidado a crianças autistas nos EUA (Wachtel; Shorter; Fink, 2018).

Os grupos Compaixão e Aquarela revelaram que os sujeitos alvo iniciam as intervenções em Terapia Ocupacional desejando um espaço de cuidado diferente daquele que já conheciam e/ou reativos associando a alguns caminhos (tratamento) que já haviam deixado marcas de sofrimento. Eles almejam um espaço que favoreça o aprendizado, ao invés de outro espaço com repetições obrigatórias que buscam a normatização ou a cura do autismo.

O movimento da neurodiversidade e os desejos dos próprios autistas rejeitam a ideia de um cuidado centrado no modelo médico, intrínseco a “consertar” ou “mudar” os indivíduos com base no que se acredita ser uma definição imposta de normalidade, o que gera maior exclusão social (Dallman *et al.*, 2024). Os ativistas autistas não negam a necessidade do cuidado; ao contrário, compreendem que as pessoas autistas precisam de diversos tipos de tratamento, seja medicamentoso e/ou por meio de terapias, para conseguir realizar as atividades do cotidiano e estar inseridas na sociedade. No entanto, anseiam por um cuidado pautado no respeito às diversidades, de forma singular e com liberdade (Alencaret *et al.*, 2022).

Para o MTOD, “a exclusão social é o ponto de partida para se pensar o sujeito-alvo na Terapia Ocupacional” (Benetton, 2010, p. 37) e não o diagnóstico clínico, como foi observado nesta pesquisa. Os três sujeitos-alvo estavam excluídos das atividades em família e da escola, impactando diretamente na construção e manutenção dos relacionamentos e de suas atividades.

Inserido no paradigma da Terapia Ocupacional (Benetton, 2005), o MTOD conduz a prática com base na essência da profissão, que visa a ampliação dos espaços de saúde a partir, primeiramente, do conhecimento e respeito pela singularidade do sujeito-alvo, ou seja, considera as diferenças (dificuldades e potencialidades) de cada criança autista, sua forma de ser e de pensar no contexto em que está inserida, valorizando os pontos fortes de cada indivíduo (Benetton, 1994; Mello *et al.*, 2022).

Para descortinar as necessidades e desejos do sujeito-alvo, o terapeuta ocupacional do MTOD inicia um processo de construção do diagnóstico situacional, sendo o diagnóstico médico apenas uma informação que auxilia na composição do diagnóstico situacional, mas não direciona o tratamento. A construção do diagnóstico situacional, realizada pelo terapeuta ocupacional, permite conhecer como o sujeito-alvo consegue agir ou não em sua vida e em sua realidade, integra diversas percepções sobre o sujeito-alvo, provenientes de diferentes atores do seu convívio, além da observação da própria terapeuta ocupacional (Benetton *et al.*, 2021; Cestari *et al.*, 2024).

O diagnóstico situacional se aproxima do movimento da neurodiversidade, que considera cada ser humano como único e inclui os desejos, necessidades e potências do sujeito-alvo (Benetton *et al.*, 2021; Ortega, 2009). Para a construção do diagnóstico situacional, o MTOD distancia-se do reducionismo de práticas voltadas exclusivamente ao diagnóstico médico e dispensa o uso de protocolos rígidos e pré-estabelecidos que fornecem respostas generalistas sobre o sujeito-alvo e seus déficits, correndo o risco de fragmentá-lo e ignorá-lo em sua complexidade e sua realidade (Dallman *et al.*, 2024; Mello *et al.*, 2022).

Nos mapas situacionais organizados referente aos grupos Compaixão, Tirolesa e Aquarela, a categoria diagnóstico situacional foi conectada de forma semelhante aos códigos: necessidades, potências e desejos de aprender, clarificando a importância de conhecer o sujeito-alvo e não somente o que lhe falta.

Para além do autismo e das dificuldades impostas e já conhecidas do mesmo, as três terapeutas ocupacionais desta pesquisa salientaram a utilização e a construção do diagnóstico situacional para demarcar o início de suas intervenções. Com respeito à singularidade, cada

terapeuta ocupacional deparou-se com necessidades e desejos diversos, considerando que se tratavam de pessoas diferentes. No grupo Compaixão, Carlos apresentava a necessidade de ampliar seu repertório de atividades e o desejo de aprender novas atividades. No grupo Tirolesa, Teodoro mostrava a necessidade de aprender a usar a comunicação e de se relacionar com os outros; além disso, tinha o desejo de utilizar a tecnologia para realizar todas as suas atividades, o que dificultava a construção de uma relação interpessoal. No grupo Aquarela, Gisele tinha o desejo e a necessidade de aprender a brincar e de explorar os objetos de outras formas.

As três terapeutas ocupacionais utilizaram informações reveladas por atores do convívio da criança (familiares e equipe) e as próprias observações durante as sessões, como peças fundamentais na composição do diagnóstico situacional. O uso de instrumentos padronizados para avaliação, como as escalas de desenvolvimento infantil e perfil sensorial, foram utilizados no grupo Aquarela, porém, não de forma protocolar, mas sim, incorporadas às necessidades do sujeito alvo, pois de outra forma, o uso pode favorecer a fragmentação do paciente e aumentar o risco de olhar somente para o que falta (Cestari *et al.*, 2024; Mello *et al.*, 2022).

Ao fragmentar as necessidades da criança autista, assume-se o risco de fragmentá-la enquanto ser humano e priorizar somente os aspectos relacionados ao comportamento e ao que é visível no social e de certa forma, informado pelo outro, dificultando o conhecimento de forma singular, que considere as emoções, desejos, seus interesses e potências.

Algumas práticas de intervenção são focadas nos sintomas e utilizam especificamente, ou exclusivamente, determinadas abordagens para oferecer cuidado às crianças autistas, priorizando essas necessidades em detrimento da essência da Terapia Ocupacional. Estudos recentes (Muñoz; Noriega, 2016; Pattenet *al.*, 2023a) vêm questionando, inclusive, o uso específico da integração sensorial como equivalente ao tratamento realizado em Terapia Ocupacional para crianças autistas. Um dos critérios diagnósticos do autismo inclui as alterações sensoriais e uma das práticas realizadas por terapeutas ocupacionais é a utilização do método de Integração Sensorial (IS) como forma de tratamento. Para Pattenet *al.* (2023a), é importante e necessário transpor o foco da IS e oferecer uma intervenção que contemple outras necessidades além do cuidado dos aspectos sensoriais, e acima de tudo, cautela para não definir a IS como sendo a própria Terapia Ocupacional para as crianças autistas.

O uso da IS foi mencionado por duas terapeutas ocupacionais participantes dos grupos Tirolesa e Aquarela. Elas relatam a utilização da IS como um recurso, que pode

permanecer ou ser abandonado, à medida que novas necessidades e diagnósticos situacionais forem construídos, e não como o tratamento em si (Benetton, 1994; Melloet *al.*, 2022). No MTOD, o recurso é utilizado de forma dinâmica e não protocolar, o que pode auxiliar na resposta a uma preocupação prática-científica com relação à própria profissão Terapia Ocupacional, que atualmente mostra-se receosa em reduzir a essência da profissão a um único sintoma, neste caso, aos aspectos sensoriais (Pattenet *al.*, 2023a; Kirby; Morgan; Hilton, 2023). Nessa pesquisa, a terapeuta ocupacional do grupo Tirolesa também referenciou o uso de outro recurso, da CAA, devido às necessidades de comunicação que o sujeito alvo apresenta, porém, fica evidente o uso deste recurso não como um treino para alcançar a comunicação, mas para integrar com as atividades realizadas durante as sessões, dentro da dinâmica da relação triádica e não utilizando de forma isolada.

Identificar as necessidades do sujeito alvo, como acontece ao utilizar o MTOD, sem fragmentá-lo, é um desafio para a profissão e também um pedido dos autistas ativistas (Dallmanet *al.*, 2024). Essa abordagem se opõe ao uso de diversas práticas e programas generalistas, previamente construídos para responder a algum déficit específico. Estudos descrevem, como formas de intervenção, programas específicos para estimular habilidades sociais e cognitivas, grupos de atividades instrumentais de vida diária, atividades de vida diária e o brincar (Baker *et al.*, 2023; Kuhaneck; Spitzer; Bodison, 2019; Martinez, 2016; Pattenet *al.*, 2023a). Embora essas práticas evidenciem as contribuições da Terapia Ocupacional para atingir esses objetivos, criam, *a priori*, um programa de intervenção para crianças autistas pautado em possíveis déficits. Com isso, corre-se o risco de não enxergar as reais necessidades e potências dessas crianças, produzindo uma prática de baixo valor que se afasta do principal objetivo da Terapia Ocupacional: a inserção social (Dallmanet *al.*, 2024).

Assim, o terapeuta ocupacional deve ser crítico na forma como constrói suas ações e seu raciocínio clínico, indo ao encontro do paciente e não apenas do seu diagnóstico. Ao observar os pontos fortes e os interesses dos sujeitos alvo, os resultados revelam que os três sujeitos alvo participantes desta pesquisa iniciam as intervenções em Terapia Ocupacional apresentando um repertório restrito de atividades e interesses, o que foi nomeado pela terapeuta ocupacional do Carlos como uma seletividade produtiva, ou seja, a forma como o sujeito alvo seleciona suas atividades sustentado no seu hiperfoco. Carlos e Teodoro, por exemplo, demonstravam interesse apenas em atividades tecnológicas, como o uso do computador, jogos de videogame ou aplicativos de celular, caracterizando uma relação centrada entre o sujeito alvo e o objeto (não humano), sem espaço aparente para a presença

de outra pessoa, como o terapeuta ocupacional, nessa relação. Gisele, embora apresentasse interesse por brinquedos como bonecas, não conseguia brincar, já que sua forma de utilizar os objetos permanecia restrita às propriedades sensoriais do mesmo. Sua atividade dentro de um contexto social, resumia-se a jogá-los de forma aleatória, sem distinção.

O repertório restrito de interesses e atividades, como apresentado nesta tese, pelos três sujeitos alvo e confirmado pelas terapeutas ocupacionais e familiares, favorece a diminuição das possibilidades de novos aprendizados e experiências. Essa limitação prejudicava diretamente o desenvolvimento de novas aquisições, a realização de diferentes atividades e a maneira de se relacionar com o outro, comprometendo tanto a participação quanto a inserção social.

O terapeuta ocupacional do MTOD, por meio do manejo da dinâmica da relação triádica deve criar espaços que favoreçam as novas experiências e aprendizados, com ampliação inicialmente do repertório de atividades, sustentado na transferência, ou seja, no afeto e na capacidade de acreditar e encorajar o sujeito alvo a conhecer, construir espaços e vivenciar a realização de novas atividades (Marcolino, 2016).

Nos mapas situacionais organizados, pode-se observar que a terapeuta ocupacional é uma subcategoria da relação triádica e está conectada a códigos, como: permitir, ativa, afetiva, criativa, observadora, ensinar/aprender e silêncio.

As três terapeutas ocupacionais relataram que, na observação e no conhecimento advindos da liberdade de escolha e da possibilidade de o sujeito-alvo direcionar o terapeuta ocupacional para realizar o que deseja, elas tentam encontrar algum espaço possível para se fazerem presentes na relação triádica. Além disso, buscam indicar atividades ou técnicas de realização de atividades que possam, inicialmente, a partir do repertório restrito, construir novas experiências e vivências na Terapia Ocupacional.

Os dados apresentados nesta pesquisa indicam que as terapeutas ocupacionais iniciam o processo de ampliação do repertório de atividades e novas experiências a partir do hiperfoco/interesse restrito do sujeito alvo.

A terapeuta ocupacional do Carlos, ao identificar o desejo de aprender sobre jogos eletrônicos, apresentou e indicou um jogo de computador “O Coelho Sabido” que era diferente dos que ele já conhecia, e manteve o uso do computador, uma de suas paixões, para realização e inserção de novas experiências de aprendizado, como por exemplo: a criação de *labels* para restaurar os jogos que havia comprado, posteriormente a ida até a gráfica para

realizar a impressão da mesma e o ensino sobre como locomover-se partindo do consultório até a gráfica.

A terapeuta ocupacional do Teodoro, identificou o interesse em letras e palavras, além do desejo do paciente em realizar atividades de forma isolada – ele com o objeto. Ela conseguiu se distanciar para se fazer presente, com ações provocativas e de forma ativa, foi inserindo novos elementos nas brincadeiras, sem forçar uma relação direta com o Teodoro. A princípio, permitiu que ele utilizasse recursos tecnológicos e foi inserindo novos materiais (atividades ou recursos), como música ou livros, que possibilitasse uma aproximação e a construção da relação triádica.

A terapeuta ocupacional da Gisele observou o interesse e o desejo da criança por brinquedos, como bonecas e personagens do desenho animado “A Patrulha Canina” e, a partir dessa temática, conseguiu ampliar introduzindo novos personagens e brincadeiras, em um processo de ensino-aprendizagem que perpassa o arremesso dos objetos, para uma construção que considera também, o outro.

O terapeuta ocupacional indica atividades associadas inicialmente aos temas de interesse do sujeito alvo, para que posteriormente seja possível indicar novas técnicas que estimulem novos desejos e necessidades, ao invés de realizá-las simplesmente para manter o paciente ativo. O terapeuta ocupacional do MTOD deve indicar atividades ou técnicas de realização de atividades, com uma ressalva importante, a indicação das atividades não é somente para manter o paciente ativo, mas sim, como um procedimento terapêutico necessário ao momento vivido, que permita novas experimentações (Benetton, 1994).

A terapeuta ocupacional ativa e criativa do MTOD “precisa construir um pensamento que leve em conta os modos de fazer e aprender do sujeito alvo” (Marcolino, 2012, p. 19) e, assim, indicar atividades que auxiliem no processo de construção e ampliação dos espaços de saúde, inicialmente pequenos, com construção de novas vivências e ampliação do repertório de atividades realizadas em um ambiente protegido, como apresentado nos resultados. Esse investimento sempre será uma realização no campo afetivo, e, de forma flexível, a terapeuta ocupacional estabelece ligações e maneja os fenômenos que surgem na dinâmica da relação triádica de modo a favorecer as novas construções (Marcolino, 2012).

Para essa construção, é necessário que o terapeuta ocupacional seja flexível e afetivo, evidenciando que, ao demonstrar interesse em aprender sobre as escolhas do sujeito alvo, atua como um modelo. Isso abre portas e possibilita que o sujeito também se interesse pelas

indicações do terapeuta e as experimente dentro da dinâmica da relação triádica (Benetton, 1994; Cestariet *al.*, 2024).

Na dinâmica da relação triádica, o terceiro termo “atividades”, é no plural devido a diversas possibilidades existentes nesse instrumental (Benetton, 1994). Em um estudo sobre a utilização do referencial teórico de Jô Benetton na clínica da infância (Cestariet *al.*, 2024), foi iniciada uma singela discussão sobre o conceito do brincar como sendo as atividades para as crianças em Terapia Ocupacional. No estudo, foi identificado que as terapeutas ocupacionais, embora descrevessem o brincar como sinônimo do conceito de atividades para o MTOD, a prática mostrou-se diferente, não era somente brincadeiras e o brincar que surgiam como atividades e sim, outras experiências como cozinhar, ouvir música, cantar, desenhar, pintar, entre outras.

Nesta tese, foram diversas as possibilidades de realização de atividades, construídas de forma não protocolar, com respeito às escolhas e necessidades de cada sujeito alvo, foram citadas: atividades online (atendimento remoto), o brincar, aprendizados sobre a utilização do dinheiro e valores, culinária, passeios, jogos, leitura e escrita, escolares e ouvir música, corroborando com o estudo sobre a pluralidade desse instrumental na clínica da infância.

O brincar é uma das atividades realizadas pelas crianças e mostra-se um campo de investigação na prática da Terapia Ocupacional, porém, é necessário cautela pelo terapeuta ocupacional, para que possa ensinar e favorecer um brincar livre e não guiado, refutando o brincar para que a criança adquira alguma habilidade específica, pois o brincar de forma espontânea e criativa proporciona satisfação, alegria e favorece o engajamento social (Jurdi; Silva, 2021; Kuhaneck; Spitzer; Bodison, 2019; Silva; Buffone, 2021; Takatori, 2010).

Na dinâmica da relação triádica, é possível permitir que o sujeito alvo realize suas escolhas a partir da liberdade e autonomia que possui, o que favorece novas experiências e novos aprendizados de atividades e de relacionamentos a partir do que o mesmo considera importante para si, como observado nos três grupos: Compaixão, Tirolesa e Aquarela. Esse processo auxilia o indivíduo no controle de sua própria vida, com escolhas e competências, denominada por Pattenet *al.* (2023a), na Terapia Ocupacional, como autodeterminação. Tais habilidades auxiliam as pessoas autistas no alcance de suas aquisições, pois o torna consciente de suas forças, com maior domínio de áreas do seu interesse, e uma necessidade de criar espaços para conseguir adquirir habilidades de defesa e autodeterminação, o que é importante pois autistas sempre têm que defender suas necessidades no social (Pattenet *al.*, 2023a).

É importante que terapeutas ocupacionais reflitam sobre sua prática clínica e questionem se a Terapia Ocupacional que oferecem em sua prática favorece “o florescimento de indivíduos autistas” (Dallmanet *al.*, 2024, p. 3) ou se estão utilizando práticas consideradas de baixo valor para essas aquisições (Dallmanet *al.*, 2024).

As práticas de baixo valor são aquelas que não permitem a criação de um ambiente capaz de facilitar o processo de inclusão para pessoas autistas. Essas práticas podem até receber maior incentivo financeiro, mas mostram-se ineficazes em (ou não preocupadas com) relação ao bem-estar e não estão alinhadas às preferências, diferenças e interesses da pessoa autista (Dallmanet *al.*, 2024). Pensando nessas questões, pode-se assumir que o MTOD apresenta uma prática de alto valor, pois considera o sujeito com suas necessidades e desejos de forma individualizada, cria caminhos para alcançar a saúde, almeja a inserção social e distancia-se do reducionismo de práticas voltadas ao diagnóstico médico (Benetton, 1994; Marcolinoet *al.*, 2020).

Assim, o terapeuta ocupacional deve ser crítico na forma como constrói suas ações e seu raciocínio clínico, indo ao encontro do paciente e não apenas do seudiagnóstico. A forma como as terapeutas ocupacionais do MTOD realizam suas intervenções não se diferencia pelo diagnóstico clínico, e tampouco, pelos diferentes níveis de suporte que o próprio diagnóstico clínico de TEA estabelece, como visto na descrição dos sujeitos alvo. A partir do raciocínio clínico no MTOD, as terapeutas ocupacionais mantêm, de forma sólida, a base teórica que permite realizar intervenções considerando o sujeito alvo em sua integralidade, com respeito a sua forma de ser e agir, ou não, no mundo (Araújo, 2022; Benetton, 1994).

O constructo teórico, com a inclusão dos conceitos e processos contínuos descritos pelo MTOD, pode ser observado na construção dos mapas situacionais, que apresentam semelhanças em relação às categorias nos três grupos. Esses mapas fornecem indícios de que, a partir de processos como a construção do diagnóstico situacional, o manejo da dinâmica da relação triádica, ampliações dos espaços de saúde vivenciadas nos diferentes *settings*, novos espaços sociais puderam ser construídos, conforme demonstrado nos mapas de arenas e do mundo social.

Tais mapas evidenciam as conexões estabelecidas a partir da situação de análise e apresentam a ampliação do repertório de atividades, bem como a construção e a ampliação de espaços de saúde em novos contextos sociais, como, por exemplo, na família, na escola, no lazer, entre amigos, no trabalho e na academia.

No grupo Compaixão, as conexões estabelecidas envolveram os contextos sociais relacionados à família, amigos, religião, trabalho, lazer e academia, apresentando maior quantidade quando comparado aos outros grupos, possivelmente devido ao percurso longitudinal, considerando que este sujeito alvo se encontra na fase adulta e contempla um maior número de conexões.

No grupo Tirolesa, as conexões criadas envolveram os contextos sociais: família, amigos, escola, lazer e ginástica. No grupo Aquarela as conexões construídas foram relacionadas aos contextos sociais referentes à família, escola, lazer, amigos e início de um ambiente de trabalho. Todas as conexões que emergiram para a criação de tais mapas surgiram a partir das intervenções realizadas com o uso do MTOD.

Para pensar no contexto social, os dados revelam que, *a priori*, as experiências foram iniciadas no ambiente do consultório, em um *setting* protegido, e foram ampliadas e realizadas em diferentes espaços, denominado como *setting* estendido no MTOD, ou seja, em qualquer lugar que possa ser levada a dinâmica da relação triádica (Benetton, 1994; Cestari *et al.*, 2024).

A ampliação desses espaços de saúde implica em realizações de atividades em espaços externos ao local usual de atendimento e que, ao serem experimentadas e qualificadas, mesmo que temporariamente, com algum nível de importância, passam a adquirir alguma regularidade (sair a noite, ir ao cinema, fazer um curso, aprender um ofício específico, chamar amigos para ir em casa, cuidar de determinados afazeres domésticos, iniciar a prática de algum trabalho) (Marcolino, 2016, p. 113).

Os resultados demonstraram a construção e ampliação de espaços de saúde no cotidiano dos três sujeitos alvo pertencentes aos três grupos: Compaixão, Tirolesa e Aquarela. Os três participantes estavam em uma posição de exclusão, com repertório restrito de atividades e interesses, e conseguiram vivenciar novas experiências e aquisições.

No grupo Compaixão, Carlos iniciou a Terapia Ocupacional com repertório de interesse restrito, mantendo hiperfoco em atividades com o uso de tecnologia, não tinha amigos, era passivo no ambiente familiar e teve que interromper os estudos. Com as intervenções em Terapia Ocupacional, utilizando o MTOD, o terapeuta ocupacional que realiza o manejo da dinâmica da relação triádica proporcionou novos aprendizados e vivências, favoreceu a construção de amizades, o retorno à escola, ensinou como se locomover com meios de transportes e o encorajou para que Carlos conseguisse frequentar a academia, a igreja e iniciasse um trabalho remunerado com a participação da mãe.

No grupo Tirolesa, Teodoro iniciou a Terapia Ocupacional sem interesse pelo outro, com um repertório de atividades restrito ao hiperfoco, especialmente em aparelhos tecnológicos. Ele não interagiu com a família e não tinha amigos na escola. Durante as intervenções em Terapia Ocupacional, a experiência de consolidar e construir a dinâmica da relação triádica, sob os pressupostos do MTOD, possibilitou que Teodoro começasse a se interessar pelo outro, incluindo não apenas o terapeuta ocupacional, mas também seus familiares, além de construir amizades no ambiente escolar. Ele pôde vivenciar novas experiências, aprender brincadeiras e compartilhar o que conhecia, o que foi expandido para viagens com a família e passeios com a turma da escola.

No grupo Aquarela, Gisele também iniciou as intervenções em Terapia Ocupacional com um repertório restrito ao brincar com bonecas e sem saber como interagir. Mantinha-se passiva em seu ambiente familiar, sem possibilidade de interação. Por meio da dinâmica da relação triádica, aprendeu a brincar sozinha e a brincar com o outro, favorecendo as interações com as amigas da escola e com sua família. A partir do processo de ensino e aprendizagem, novas atividades tornaram-se possíveis e novas paixões surgiram, culminando em um trabalho como modelo, fazendo fotografias para a empresa de sua mãe.

Nos três grupos, as atividades também foram realizadas no *setting* estendido, iniciadas e preparadas a partir da dinâmica da relação triádica dentro do consultório e ampliadas a partir da necessidade do sujeito alvo. Exemplos incluem passeios até a gráfica, festas de aniversário, andar de ônibus, visitar exposições e realizar compras. Segundo Benetton (1994, p. 69), “sair com o paciente é uma atividade de rotina, limitada apenas pelo contexto de organização. Assim sendo, as atividades em sociedade estão presentes nesta Terapia Ocupacional”.

O processo de construção e ampliação dos espaços de saúde não é algo simples, o terapeuta ocupacional deve estar atento e ser ativo para indicar e conhecer maneiras que o sujeito alvo possa se interessar e também aprender, respeitando seus interesses e necessidades, e promovendo novas experiências que abarcam o social (Benetton, 1994; Marcolino, 2016).

Os resultados indicam que as ampliações vivenciadas pelo sujeito alvo são iniciadas na dinâmica da relação triádica e favorecidas pela inclusão de um quarto termo, que pode ser um familiar, amigo ou alguém da equipe, representante do social. Os familiares e amigos podem ser convidados a participar das sessões para dialogar, refletir, buscar novas soluções e

também auxiliar na compreensão da forma como o sujeito alvo realiza atividades no consultório e no cotidiano (Benetton, 1994).

Os três grupos apresentaram a família e a escola como atores centrais e indispensáveis, que podem se tornar facilitadores para a inserção social. Alguns países, como por exemplo EUA, Canadá, Austrália e Reino Unido possuem programas específicos de treinamento para os pais, familiares ou cuidadores, para que possam ser orientados e auxiliem nas conquistas dos objetivos propostos (Beisbier; Cahill, 2021; Marcolino, 2016; Novak; Honan, 2019; Romagnoli *et al.*, 2019). O terapeuta ocupacional do MTOD não realiza orientação para familiares ou professores. As pessoas que são relevantes na situação do sujeito alvo são convidadas a participarem da relação triádica como quartos termos. O terapeuta ocupacional ensina como a pessoa autista realiza suas atividades e como ela pode executar, envolvendo tais pessoas relevantes na análise dessas atividades e em como elas podem favorecer com que o sujeito alvo possa continuar fazendo-as em seu cotidiano, ampliando e construindo, assim, os espaços de saúde (Benetton, 1994; Cestari *et al.*, 2024; Marcolino *et al.*, 2020).

Ao iniciar a ampliação e construção do repertório de atividades, a partir dos pontos fortes do paciente, ou seja, dos seus interesses e desejos, os resultados indicam que diferentes atores como o paciente, os familiares e pessoas do convívio são de extrema importância para que as transformações e a inserção social aconteçam. O MTOD corrobora com os estudos que indicam que reconhecer o sujeito alvo pelo que é capaz de fazer e auxiliar no conhecimento e na consciência do que ele apresenta como ponto forte torna-se crítico para a obtenção de novas aquisições e para o sucesso na participação social (Patten *et al.*, 2023a; Kirby; Morgan; Hilton, 2023). Ao acreditar e ajudar as pessoas autistas a reconhecerem suas potências, por meio da relação afetiva pela transferência positiva, o terapeuta ocupacional do MTOD revela a capacidade do sujeito alvo em conseguir realizar diferentes atividades em seu cotidiano, em um processo contínuo de ensino-aprendizado, o sujeito alvo consegue abandonar as marcas do fracasso e construir novas marcas para o que ele considera significativo e de sucesso no social (Benetton, 1994; 2010).

Entretanto, a participação social é difícil para os autistas pela falta de oportunidade, hostilidade e possibilidades de escolhas (Jiricowicz *et al.*, 2023a). Pessoas autistas apresentam frequentemente rupturas ou prejuízo com relação à participação social, constantemente atribuídos às diferenças na comunicação e interação social, além da dificuldade em lidar com as emoções e aspectos sensoriais (Baker *et al.*, 2023; Martinez, 2016).

O conceito de participação social é complexo e, para a Terapia Ocupacional, apresenta diferentes formas de compreensão. Nos EUA, a participação social é entendida como as interações interpessoais dos sujeitos ao se envolverem ou não na realização de uma atividade. No Canadá, a compreensão ocorre por meio do engajamento na realização de ocupações, e no Brasil está relacionada à participação na vida pública, considerando as vulnerabilidades sociais (Marcolino *et al.*, 2020; Silva; Oliver, 2019).

Segundo Marcolino (2016, p. 1) “para o MTOD o objetivo final da Terapia Ocupacional é a participação social e inserção social, construída a partir da ampliação ou mesmo construção do cotidiano”. O sujeito alvo apresenta-se com dificuldade para realizar atividades em seu cotidiano, não porque não deseja, mas porque há limitações e impedimentos para isso (Benetton, 1994).

Em uma posição de exclusão, o sujeito alvo, com suas necessidades e desejos, encontra-se, muitas vezes, aprisionado em intervenções direcionadas para a falta, treinos e aquisições pré-estabelecidas, sem liberdade para realizar escolhas e/ou conhecer suas habilidades e dificuldades. Nas intervenções pautadas pelo MTOD, o sujeito alvo é o protagonista, realiza escolhas e guia as sessões, a partir do que deseja ou mostra-se interessado, o que proporciona maior autonomia e autoestima, favorecendo o engajamento social e a promoção da saúde mental (Cestariet *al.*, 2024) como tanto valorizado por Pattenet *al.* (2023a).

Pesquisas participativas recentes revelam que a comunidade autista deseja tornar a saúde mental uma prioridade nas intervenções, devido à alta taxa de coocorrência de transtornos mentais e sofrimento psíquico, se comparado a outras populações (Pattenet *al.*, 2023a). Os autistas apresentam altas taxas de sintomas e transtornos depressivos e de ansiedade, sendo o suicídio a maior causa de morte entre esta população (Kirby; Morgan; Hilton, 2023). Os terapeutas ocupacionais podem auxiliar as pessoas autistas que apresentam também essa necessidade, são profissionais que integram conhecimento e possuem ferramentas que estão invisibilizadas por outras prioridades (Baker *et al.*, 2023).

Embora tais sentimentos possam ser intrínsecos às pessoas autistas, as causas externas desempenham um papel fundamental no adoecimento e sofrimento psíquico, como, por exemplo, o ambiente ríspido e não inclusivo em que vivem e as atividades realizadas ou que não conseguem realizar. A dificuldade relacionada à participação social pode gerar sentimentos de menos-valia e insatisfação com a própria vida, aumentando o risco de apresentar um transtorno mental ou sofrimento psíquico (Jiricowicet *al.*, 2023a).

Tal sentimento foi vivenciado por Carlos, do grupo Compaixão. Ele descreve sua experiência escolar como desencadeadora de um intenso sofrimento psíquico, com *bullying* e agressões verbais que o fizeram distanciar do que mais gostava, a vontade de aprender.

Nos outros grupos Tirolesa e Aquarela, tais sentimentos não foram relatados, podendo pensar com relação à idade e também na possibilidade da intervenção precoce como algo que favorece as aquisições no social, bem como no diálogo juntamente com familiares e escola que proporcionam uma maior compreensão sobre o sujeito alvo, sua forma de fazer, de pensar e de agir (Campos, 2020; Benetton, 1994).

Para compreender o modo como realizam atividades, suas dificuldades e habilidades, conhecer e construir sua história vivenciada na Terapia Ocupacional, e ampliar para o cotidiano o que for de seu interesse e desejo, os sujeitos alvo, juntamente com a terapeuta ocupacional, realizam outro processo contínuo no MTOD: uma avaliação dialógica com a utilização da técnica de trilhas associativas, que permite a construção de sentidos e significados a partir do que foi vivido nas intervenções de Terapia Ocupacional (Benetton, 2006, Melo, 2019).

A técnica trilhas associativas é uma análise de atividades desenvolvida no MTOD e permite ao paciente que ele ganhe consciência de suas dificuldades, desejos, necessidades e potencialidades, o que contribui para a compreensão de quem é, sua forma de agir, de ser e suas aquisições que podem ser ampliadas para o cotidiano, qualificadas por ele como significativas e saudáveis (Benetton, 1994; Marcolino, 2016). Essa forma de realizar a análise de atividades torna visível à criança suas perspectivas, transforma-a em protagonista de sua história e de seu processo na Terapia Ocupacional, e favorece o engajamento em suas atividades, no social (Cestari *et al.*, 2024; Marcolino, 2016; Mastropietro; Cestari; Marcolino, 2022; Pattenet *al.*, 2023a).

Os resultados apresentam a categoria construção de sentidos conectadas a códigos, tais como: descobertas sobre si, conhecer seus limites, conhecer suas potências, trilhas associativas, quero/não quero, gosto/não gosto, validar o que foi vivido na relação triádica.

Duas terapeutas ocupacionais, dos grupos Compaixão e Aquarela, revelaram utilizar a técnica “trilhas associativas” para construção de sentidos e significados junto ao sujeito alvo. A terapeuta ocupacional do Carlos apresentou uma forma de realização da técnica, onde o sujeito alvo consegue revisitar suas atividades, de forma espontânea ou indicada, que possibilita visualizar o que e como realizou as atividades, bem como as transformações observadas ao longo do tempo e que permaneceram em seu cotidiano. Carlos atualmente

consegue realizar essa técnica e apresenta de forma comparativa e escrita, como um antes e depois das intervenções em Terapia Ocupacional, como observado na descrição dos participantes.

A terapeuta ocupacional da Gisele também refere utilizar a técnica “trilhas associativas” para construção de sentidos e para identificar as aquisições que são importantes para a mesma e que reverberam em seu cotidiano. Gisele e sua terapeuta ocupacional apresentaram fotos de atividades realizadas, como descritas no item participantes da pesquisa, e com auxílio das fotos, Gisele consegue narrar e contar as transformações vividas e o que aprendeu no processo de Terapia Ocupacional.

A terapeuta ocupacional do Teodoro referiu não ter utilizado a técnica “trilhas associativas”, porém, durante a coleta de dados, Teodoro conseguiu escolher e comunicar o que gosta, o que aprendeu e o que reverberou em seu cotidiano como significativo. Tal dado corrobora com o estudo de Cestari *et al.* (2024) que destaca que muitas crianças atendidas em Terapia Ocupacional possuem dificuldades complexas com relação à comunicação, o que pode dificultar a construção de narrativa, embora não impeça as associações e agrupamentos – como vimos com Teodoro.

Para o MTOD, a construção de sentidos, por meio da técnica “trilhas associativas”, permite que a história do que foi vivenciado na relação triádica seja visível e auxilia no encontro com quem se é e o que é significativo para o sujeito alvo, considerando a objetividade e a subjetividade. As ampliações dos espaços de saúde são iniciadas na dinâmica da relação triádica, porém só permanecem e são ampliadas no social quando qualificadas pelo sujeito como algo relevante e que implica e proporciona sentimentos de bem-estar (Benetton, 2006; Mello, Dituri; Marcolino, 2020).

Nos resultados apresentados, os três sujeitos alvo conseguem narrar o que foi construído e vivenciado nas sessões de Terapia Ocupacional, descrevendo o que permaneceu e foi ampliado para o social. Carlos relata a continuidade dos estudos, a construção e manutenção dos amigos com novos aprendizados sobre seus sentimentos, autonomia para andar de ônibus sem depender da mãe.

Teodoro relata o que mais gostou de aprender: andar de tirolesa, ampliando para viagens com a família e passeios na escola. Gisele resgata fotos com amigos da escola e do consultório relatando que aprendeu a brincar na Terapia Ocupacional e que hoje tem amigos que brincam com ela e frequentam sua casa.

Para Latour (2012), o social não é definido *a priori*, mas se dá na construção de um novo coletivo construído a partir de conexões com atores humanos e não humanos, de modo fluído, que levem o sujeito a agir no mundo (Latour, 2012). Para o MTOD, a construção desse novo coletivo move-se pela qualificação singular do que é considerado saudável para si mesmo – que regula e aumenta as possibilidades de agir (Maximino; Petri; Carvalho, 2012). Ao agir também provoca transformações em outros humanos e não humanos. Os significados e os afetos são transportados para o social, por meio de conexões e dos mediadores (humanos e não humanos) e favorecem as novas construções.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram a construção da inserção social a partir da criação de conexões, desde pequenas associações a grandes associações, como por exemplo: Carlos apresenta suas trilhas associativas e inclui suas aquisições, inserindo os amigos, estudos e trabalho; Gisele relata que não sabia brincar e aprendeu, inicialmente com a terapeuta ocupacional e hoje possui amigas que vão até a sua casa para brincarem. O sujeito alvo, por meio de processos contínuos iniciados e desenvolvidos na dinâmica da relação triádica, conseguiu transformar sua posição de exclusão em inserção social. Cada qual, a seu modo, com seus interesses e significados próprios, conseguiu construir redes que foram se conectando na construção de um novo coletivo, do social.

A inserção social, objetivo das intervenções para o MTOD, foi almejada e alcançada pelos três grupos analisados e apresentados nos mapas situacionais, evidenciando as mudanças de posições adquiridas durante o processo de Terapia Ocupacional.

A inserção social para o MTOD ocorre a partir das ampliações dos espaços de saúde, o sujeito alvo, como protagonista “torna em suas mãos seu jeito de ser, para impor à sociedade que o receba desse jeito mesmo e que não precise esperar pela mudança social para nele se inserir” (Benetton, 2010, p. 39).

O sujeito alvo é o protagonista dessa transformação e construção do coletivo “o social é o sujeito que faz! Então ele não pode ser desligado dele”, como disse Jô Benettonna entrevista deMello *et al.*(2023).

Parte 6

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um campo tênue e tenso entre discursos e vivências sobre a forma de cuidado oferecida às crianças autistas e os processos de exclusão e inclusão dessa população na contemporaneidade, esta tese mostra-se relevante ao destacar uma forma de cuidado oferecida à luz do referencial teórico do MTOD e que contribui para a inserção social de crianças autistas, com a identificação e descrição dos processos e dos aspectos específicos que favorecem tal ação reconhecidos pelos sujeitos alvo.

Por meio da metodologia utilizada, a Análise Situacional, foi possível desvelar camadas profundas e complexas, apresentadas sob o ponto de vista de diferentes atores humanos (terapeuta ocupacional, sujeito alvo, familiares e membros da equipe) e não humanos (atividades) de forma integrada, permitindo-nos desvelar processos das intervenções sustentadas pelo MTOD para que a pessoa autista possa ser inserida socialmente, por meio da construção de novos coletivos. Assim, não se buscou uma análise isolada da efetividade da terapia ocupacional - as pessoas acompanhadas pelas terapeutas ocupacionais realizavam tratamentos com outros profissionais. O foco do estudo foi a análise da realidade situada de cada participante para identificar e descrever tais processos que se particularizam nas intervenções de terapia ocupacional com o MTOD, e contribuem para pensar a inserção social.

O estudo, de natureza exploratória-descritiva, evidenciou um caminho percorrido que, longe de ser uma receita, revela a forma como terapeutas ocupacionais do MTOD procedem em sua prática, totalmente sustentada pelo referencial teórico do método. Ao distanciar-se de uma prática normativa focada nos déficits, o MTOD, inserido no paradigma da Terapia Ocupacional, revela uma abordagem que identifica as necessidades e os desejos do sujeitoalvo de forma singular, não protocolar e com liberdade. Os resultados originais desta pesquisa indicam que a liberdade do sujeitoalvo nas sessões de Terapia Ocupacional possibilita que ele faça escolhas com autonomia. A partir do manejo da dinâmica da relação triádica, realizada pelo terapeuta ocupacional e sustentada na relação afetiva por meio da transferência positiva, as intervenções são iniciadas com base no interesse do sujeitoalvo. O hiperfoco é utilizado como ponto de partida para trabalhar um repertório restrito de atividades e os interesses especiais das crianças. A partir dessas escolhas, inicia-se um processo dinâmico de oferecer novas experimentações. A ampliação de espaços de saúde no cotidiano foi sendo realizada por meio de um processo de descobertas de gostos e novos interesses na

relação triádica, convidando pessoas relevantes da vida da criança para integrarem a relação como quartos termos, sustentando as novas atividades com vistas à inserção social. Tal processo foi marcado pela instauração e pelo respeito aos interesses e desejos que surgiram como novas marcas produzidas pelas experiências vividas na dinâmica da relação triádica.

A originalidade desta pesquisa, presente no uso da metodologia e na temática estudada, sendo também socialmente relevante, principalmente no momento atual, pois revela uma forma de cuidado para crianças autistas que corrobora com o desejo dos próprios autistas: uma intervenção com respeito e um olhar atento às necessidades de cada indivíduo, refutando práticas fragmentadas que focam apenas em um único aspecto.

O estudo apresenta limitações com relação aos participantes da pesquisa, os resultados circunscrevem-se a duas crianças autistas e um jovem autista provenientes de famílias brancas e de classe social que lhes permite o atendimento privado com terapeutas ocupacionais. Uma série de dificuldades interseccionais provenientes de marcadores sociais de classe e raça/cor teriam outras repercussões para tais pessoas. Estudos nessa direção são essenciais. Outro ponto crítico é a limitação quanto aos locais de atendimento: todos realizam a intervenção de Terapia Ocupacional em consultórios particulares, sendo interessante ampliar o estudo para outros contextos, incluindo serviços públicos de Terapia Ocupacional.

Outras indicações para futuras pesquisas incluem a ampliação deste estudo para uma maior amostragem, abrangendo tratamentos realizados por terapeutas ocupacionais que utilizam o referencial teórico do MTOD também no setor público. Nossos achados também podem contribuir para o delineamento de pesquisas de avaliação da intervenção que possam informar a efetividade do MTOD para a ampliação da participação e inserção social de crianças autistas. Além disso, sugere-se o uso desse referencial com crianças autistas com maior necessidade de suporte, visando compreender como são realizados os processos contínuos e como ocorre a inserção social de crianças autistas com necessidades complexas.

Esperamos que apreender e vislumbrar as repercussões do cuidado em Terapia Ocupacional sustentado no MTOD no cotidiano de crianças autistas com vistas à sua inserção social possa ampliar diálogos, reflexões e conhecimentos acerca das possibilidades de tratamento de crianças autistas para todo o campo profissional e do saber em Terapia Ocupacional, de modo específico. De modo geral, esperamos que esta tese possa contribuir para as transformações necessárias para que o cuidado às crianças possa refletir suas necessidades e desejos.

Parte 7

Referências

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, J. L. F. Os primórdios da psiquiatria infantil e seus reflexos no Brasil. **Memorandum: memória e história em Psicologia**, Belo Horizonte, v. 37, p. 1-28, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2020.14698>.

AFLALO, A. **Autismo: novos espectros, novos mercados**. Petrópolis: KBR Coleção Psicanálise e Ciência, 2014. 142 p.

ALDRICH, R.; RUDMAN, D. L. Situational analysis: a visual analytic approach that unpacks the complexity of occupation. **Journal of Occupational Science**, London, v. 23, n. 1, p. 51-66, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/14427591.2015.1045014>.

ALENCAR, H. F.; BARBOSA, H. F.; GOMES, R. V. B. Neurodiversidade: aspectos históricos, conceituais e impactos na educação escolar. In: CASTRO, P. A.; SILVA, G. C. C.; SILVA, A. V.; SILVA, G.; CAVALCANTI, R. J. S. (Orgs.). **VII CONEDU 2021 - Vol 02: escola em tempos de conexões**. Campina Grande: Realize Editora, 2022. p. 2125-2142. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/82221>. Acesso em: 22 nov. 2024.

ALVES, A. G.; MARTINS, C. A.; PINHO, E. S.; TOBIAS, G. C. A Teoria Fundamentada em Dados como ferramentade análise em pesquisa qualitativa. In: 6º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA – CIAIQ2017, 2017, Salamanca, Spain. **Proceedings [...]**. Salamanca, 2017.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION HOUSE OF DELEGATES. **Resolution: 706 (A-23)**, Chicago: American Medical Association, 2023. Disponível em: <https://www.ama-assn.org/system/files/a23-706.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: DSM Library, 2013. Disponível em: <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. Acesso em: 22 nov. 2024.

ANDRADE, B. N. P.; PEREIRA, G. E. T.; DIAS, G. S.; SILVA, G. B. B.; PEREIRA, G. H. G.; PEREIRA, J. F. E.; GONZAGA, M. E. C.; VALENTIM, M. E. Z.; DA COSTA, M. E.; MORAES, S. M. A importância da abordagem multidisciplinar no tratamento de crianças com espectro autista. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 1, p. 3568-3580, jan. 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n1-288.

ARAÚJO, A. S. **Construções teóricas sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica**. 2022. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/15902>. Acesso em: 22 nov. 2024.

ARAUJO, A. S.; KINSELLA, E. A.; MELLO, A. C. C.; MARCOLINO, T. Q. Raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais brasileiras experts: um estudo da teoria fundamentada em dados construtivista. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 32, p. e3750, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO288837501>.

ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M.; COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOS, B. R. G. O.; VIERA, C. S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.

ARCOS, G. M. C. G.; PEREIRA, A. C. L. **Dificuldades no diagnóstico de autismo em meninas**. João Pessoa: Periodicojs editora, 2021. E-book. Disponível em: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/issue/view/13/24>. Acesso em: 27 nov. 2024.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ÁSSIMOS, B. M.; PINTO, M. R. Análise Situacional: avanços relevantes da *Grounded Theory* para os estudos de gestão. **Revista Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 29, n. 102, p. 524-548, set. 2022. DOI: 10.1590/1984-92302022v29n0023PT.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. APA. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAKER, A.; TOMCHEK, S. D.; LITTLE, L. M.; WALLISCH, A.; DEAN, E. Interventions to support participation in basic and instrumental activities of daily living for autistic children and adolescents (2013-2021). **The American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 77, 7710393140, Mar. 2023.Supl. 1. DOI: 10.5014/ajot.2023.77S10014.

BATISTETI, J. M. **A essência da terapia ocupacional e os desafios relacionados a abordagem do TEA: uma revisão bibliográfica**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/53e5cade-d2a8-4510-bf10-c2d6c84fc185>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BAXTER, A. J.; BRUGHA, T. S.; ERSKINE, H. E.; SCHEURER, R.W.; VOS, T.; SCOTT, J. G. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. **Psychological Medicine**, London, v. 45, n. 3, p. 601-613, Feb. 2015. DOI: 10.1017/S003329171400172X.

BEISBIER, S.; CAHILL, S. Evidence Connection – Occupational therapy interventions for children and youth ages 5 to 21 years. **American Journal of Occupational Therapy**, Bethesda, v. 75, n. 4, 7504390010, Jul./Ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.754001>.

BENETTON, J. O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados. **Revista Ceto**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 32-39, out. 2010. Disponível em: <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/2010-revista-do-CETO-ano-12.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BENETTON, J. O silêncio. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 4, n. 1-2, p. 63-67, mar. 1993. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/61/807>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BENETTON, J. Terapia Ocupacional: uma profissão dos anos dourados. **Revista Ceto**, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 3-17, 2008. Disponível em: <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/2008-revista-do-CETO-ano-11.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BENETTON, J. **Trilhas associativas**: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional - terceira edição. São Paulo: CETO, 2006. Disponível em: <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/05-varios-1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BENETTON, J.; FERRARI, S. M. L., MASTROPIETRO, A. P.; BERTOLOZZI, R. C.; MARCOLINO, T. Q. Método Terapia Ocupacional Dinâmica. In: OLIVEIRA, A. M.; VIZZOTTO, A. D. B.; HOMEM DE MELLO, P. C.; BUCHAIN, P. (Ed.). **Terapia ocupacional em neuropsiquiatria e saúde mental**. São Paulo: Manole, 2021. Cap. 20.

BENETTON, J.; MARCOLINO, T. Q. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v.21, n.3, p.645-652, dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.4322/cto.2013.067>.

BENETTON, M. J. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental**. 1994. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994. Disponível em: <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/Tese-Doutorado-Jo-Benetton-A-T.O-como-Instrumento-nas-Acoes-de-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BENETTON, M. J. Além da opinião: uma questão de investigação para a historicização da Terapia Ocupacional. **Revista Ceto**, São Paulo, v. 9, n. 9, p. 4-8, 2005.

BRAGA, D. A. R. A infância como objeto da história: um balanço historiográfico. **Revista Angelus Novus**, São Paulo, v. VI, n. 10, p. 15-40, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53997#collapseExample>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL, D. D. R.; LACCHINI, A. J. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Revista PsicoFAE**: Pluralidades em Saúde Mental, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 14-32, jul. 2021. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/343>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Introdução**: a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, s/d. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019.** Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 25 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 25 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Declaração de Salamanca:** sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. Brasília, DF: MEC, 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Diretrizes curriculares nacionais para a educação infantil.** Brasília, DF: MEC, 2010. Disponível em: <https://gedh-uerj.pro.br/documentos/diretrizes-curriculares-nacionais-para-a-educacao-infantil/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários:** Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracaoalmaata.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança:** 70 anos de história. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto da criança e do adolescente** – 2. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2018. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/544281/estatuto_da_crianca_e_do_adolescente_2ed.pdf. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, Oxfordshire, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso em: 24 nov. 2024.

BRODERICK, A. A.; ROSCIGNO, R. Autism, Inc.: the autism industrial complex. **Journal of Disability Studies in Education**, New Jersey, v. 2, p. 77-101, Jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1163/25888803-bja10008>.

BROOKS, R.; BANNIGAN, K. Occupational therapy interventions in child and adolescent mental health to increase participation: A mixed methods systematic review. **British Journal of Occupational Therapy**, London, v. 84, n. 8, p. 1-14, May. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/03080226211008718>.

CALDEIRA, L. B. **O conceito de infância no decorrer da história**. Curitiba: Secretaria da Educação, 2013. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/modules/mydownloads_01/visit.php?cid=89&lid=829. Acesso em: 22 nov. 2024.

CALHEIROS, D. S.; MENDES, E. G.; LOURENÇO, G. F.; GONÇALVES, A. G.; MANZINI, M. G. Consultoria colaborativa a distância em tecnologia assistiva para professoras: planejamento, implementação e avaliação de um caso. **Pro-Posições**, Campinas, v. 30, e20160085, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2016-0085>.

CAMPOS, P. R. **Contribuições da Terapia Ocupacional no tratamento de intervenção precoce nas crianças com Transtorno do Espectro Autista**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Transtorno do Espectro Autista) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/45567>. Acesso em: 22 nov. 2024.

CARDINALLI, I.; SILVA, C. R. Atividades humanas na terapia ocupacional: construção e compromisso. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 29, e2880, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2176>.

CASCIO, M. A.; ANDRADA, B. C.; BEZERRA, B. Reforma psiquiátrica e serviços para o autismo na Itália e no Brasil. In: RIOS, C.; FEIN, E. **Autismo em tradução**: uma conversa intercultural sobre condições do espectro autista. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2019.

CASSIANI, S.H.B.; ALMEIDA, A.M. Teoria fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.4, n.2, p.13-21, jul./dez. 1999. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v4i2.44840>.

CASSIANI, S. H. D. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000300007>.

CASTRO, M. G. B.Noção de criança e infância: diálogos, reflexões, interlocuções. In: SEMINÁRIO DO 16º CONGRESSO DE LEITURA DO BRASIL - COLE VINCULADO, 2013, Campinas. **Anais [...]**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2013. Disponível em: https://alb.org.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais16/sem13pdf/sm13ss04_02.pdf. Acesso em: 24 nov. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC. **Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder**. Atlanta: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CESTARI, L. M. Q.; LOPES, K. P.; BERTOLOZZI, R. C. D.; MARCOLINO, T. Q. O referencial teórico-metodológico de Jô Benetton nas intervenções de terapia ocupacional com crianças: uma revisão de escopo. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 32, e3532, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO270835321>.

CLARKE, A. E. Situational analyses: grounded theory mapping after the postmodern turn. **Symbolic Interaction**, Hoboken, v. 26, n. 4, p. 553-576, Nov. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1525/si.2003.26.4.553>.

CLARKE, A. E. **Situational analysis**: grounded theory after the postmodern turn. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc, 2005.

CLARKE, A. E.; FRIESE, C.; WASHBURN, R. **Situational analysis in practice**: mapping research with grounded theory. Walnut Creek: Left Coast Press, Inc., 2015.

CRUZ, G. A.; SARAT, M. História da infância no Brasil: contribuições do processo civilizador. **Educação e Fronteiras**, Dourados, v. 5, n. 13, p. 19-33, maio 2016. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/educacao/article/view/5176>. Acesso em: 22 nov. 2024.

CUNHA, C. V. O. C. **Terapia ocupacional e Transtorno do Espectro Autista**: um estudo de revisão bibliográfica. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11422/20446>. Acesso em: 22 nov. 2024.

CUNHA, T. R. A. **O conceito de infância ao longo da história**. Estudos Interdisciplinares em Ciências Humanas - volume 10. João Pessoa: Periodicojs Editora, 2023.DOI: <https://doi.org/10.51249/hp10.2024.1830>.

DALLMAN, A.; WILLIAMS, K.; BOHELER, J.; BOHELER, G. Moving toward neurodiversity-affirming occupational therapy for autistic people: key questions and next steps. **The Open Journal of Occupational Therapy**, Kalamazoo, v. 12, n. 4, p. 1-7, 2024. DOI: <https://doi.org/10.15453/2168-6408.2244>.

DURANTE, J.C. Autismo: uma questão de identidade ou diferença? In: III SIMPÓSIO NACIONAL DISCURSO, IDENTIDADE E SOCIEDADE (III SIDIS): DILEMAS E

DESAFIOS NA CONTEMPORANEIDADE, 2012, Campinas. **Anais [...]**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2012. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12923830/autismo-uma-questao-de-identidade-ou-diferenca-iel>. Acesso em: 22 nov. 2024.

ELIAS, C. S. **Processamento sensorial e engajamento nas rotinas infantis de crianças com Transtorno do Espectro Autista**. 2022. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/15707>. Acesso em: 22 nov. 2024.

FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B.; SPERANZA, M.; COPI, C. G. A intersectorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v.27, n. 2, p. 454-461, abr./jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1660>.

FERNANDES, A. D. S. A.; COUTO, M. C. V.; ANDRADA, B. C.; DELGADO P. G. G. A “indústria” do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate. Rio de Janeiro: Rede Pq-SMCA, 2024. Disponível em: https://ugc.production.linktr.ee/ba2a6db8-d412-44b3-ac90-8e4255c2266b_A--ind-stria--do-autismo-no-contexto-brasileiro-atual--contribui--o-ao-debate.pdf. Acesso em: 24 nov. 2024.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H. Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 289-296, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/vgGhzWvhgWXJXp5PrvBK9Nr/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

FERNANDEZ, L.M. **Mente firme e coração blindado**: uma teoria da presentificação social na prática comunicacional de representar o crime no proibido. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27154/tde-07072017-104157/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo, 2024.

FERREIRA, N. A. L.; MARTINEZ, L. B. A.; BARBA, P. C. S. D. Abordagem centrada na família: intervenção precoce em terapia ocupacional. In: FIGUEIREDO, M. (Org.). **Terapia Ocupacional no ciclo de vida da infância**. São Paulo: Memnon, 2022.p. 24-44.

FOLHA, D. R. S. C.; BARBA, P. C. S. D. Produção de conhecimento sobre terapia ocupacional e ocupações infantis: uma revisão de literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 1, p. 227-245, jan./mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1758>.

FRANK,G.; POLKINGHORNE,D. Qualitative research in Occupational Therapy:from the first to the second generation. **OTJR: Occupation, Participation and Health**, Thousand Oaks, v. 30, n. 2, p. 51-57, Apr. 2010. DOI: <https://doi.org/10.3928/15394492-20100325-02>.

FREIRE, J. M. S.; NOGUEIRA, G. S. Considerações sobre a prevalência do autismo no Brasil: uma reflexão sobre inclusão e políticas públicas. **Revista Foco**, v. 16, n. 3, p. e1225, mar. 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n3-009.

FREIRE, M. G.; CARDOSO, H. S. P. Diagnóstico do autismo em meninas: Revisão sistemática. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 39, n. 120, p. 435-444, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51207/2179-4057.20220033>

FREITAS, A. B. M. Da concepção de deficiência ao enfoque da neurodiversidade. **Revista Científica de Educação**, Inhumas, v. 1, n. 1, p. 86-97, dez. 2016. Disponível em: <https://seer.facmais.edu.br/rc/index.php/RCE/article/view/8>. Acesso em: 23 nov. 2024.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **O pediatra colaborador dos nazistas**. São Paulo: Revista Pesquisa FAPESP, 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/o-pediatra-colaborador-dos-nazistas/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. UNICEF. **Declaração universal dos direitos das crianças – UNICEF**. Nova York: UNICEF, 1959.

GÓES, J.; FLORENTINO, M. Crianças escravas, crianças dos escravos. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2018. p. 407-436.

GÓIS JUNIOR, E. “Movimento higienista” na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, n. 1, p. 47-52, 2002. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92900109>. Acesso em: 23 nov. 2024.

GOMES, M. L.; OLIVER, F. C. A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 e 2009. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 121-129, ago. 2010. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p121-129>.

GUEDES, T. A. L.; CARLOS, K. A.; ALBUQUERQUE, A. R. L. Transtorno do Espectro do Autismo: uma revisão integrativa. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba**, Cabedelo, v. 1, n. 2, p. 22-32, ago. 2023. Disponível em: <https://rfcm.emnuvens.com.br/revista/article/view/33>. Acesso em: 23 nov. 2024.

GUERZONI, V. P. D.; BARBOSA, A. P.; BORGES, A. C. C.; CHAGAS, P. S. C.; GONTIJO, A. P. B.; ETEROVICK, F.; MANCINI, M. C. Análise das intervenções de terapia ocupacional no desempenho das atividades de vida diária em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 17-25, mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000100003>.

HENRIQUES, B. D. A. Autismo e neurodiversidade: inclusão das diferenças. In: VII CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES, 2018, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2018, p. 95-102. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/VIIConinter2018/112701-AUTISMO-E-NEURODIVERSIDADE--INCLUSAO-DA-DIFERENCA>. Acesso em: 23 nov. 2024.

HERNANDES, R. S. **Um indivíduo com Síndrome de Asperger**: estudo de caso a partir de análise das produções de atividades expressivas pelas trilhas associativas. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/bitstream/handle/10899/22674/Raphaela%20Schiassi%20Hernandes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 nov. 2024.

HONDA, F. R. **Transtorno do Espectro Autista**: uma abordagem sobre as políticas públicas e o acesso à sociedade. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia-Bioquímica) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bdta.abcd.usp.br/directbitstream/b84b89b8-671a-4b01-99ff-0bb2a5d71fb9/3061585.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2022/inicial>. Acesso em: 25 nov. 2024.

JIRIKOWIC, T.; IDEISHI, R.; BENDIXEN, R.; PFEIFFER, B.; SMYTHE, R.; BENEVIDES, T. Interventions for social participation for autistic adults (2013-2020). **American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 77, 7710393110, Mar. 2023a. Supl. 1. DOI: 10.5014/ajot.2023.77S10011.

JIRIKOWIC, T.; IDEISHI, R.; BENDIXEN, R.; PFEIFFER, B.; SMYTHE, R.; BENEVIDES, T. Interventions for work/employment participation for autistic adults (2013-2020). **American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 77, 7710393100, Mar. 2023b. Supl. 1. DOI: 10.5014/ajot.2023.77S10010.

JURDI, A. P.; SILVA, C. C. B. O brincar no cotidiano familiar de crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 5, p. 549-562, nov. 2021. DOI: 10.47222/2526-3544.rbt039761.

KIRBY, A. V.; MORGAN, L.; HILTON, C. Autism and mental health: the role of Occupational Therapy. **The American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 77, n. 2, 7702170010, Mar. 2023. DOI: 10.5014/ajot.2023.050303.

KOPETZ, P. B. Autism worldwide: prevalence, perceptions, acceptance, action. **Journal of Social Sciences**, Dubai, v. 8, n. 2, p. 196-201, Feb. 2012. DOI: <https://doi.org/10.3844/jssp.2012.196.201>

KREIDER, C. M.; BENDIXEN, R. M.; HUANG, Y. Y.; LIM, Y. Review of occupational therapy intervention research in the practice area of children and youth 2009–2013. **American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 68, n. 2, p. 61-73, Mar./Apr. 2014. DOI: 10.5014/ajot.2014.011114.

KUHANECK, H.; SPITZER, S. L.; BODISON, S. C. A systematic review of interventions to improve the occupation of play in children with autism. **OTJR: Occupational Therapy Journal of Research**, Thousand Oaks, v. 40, n. 2, p. 83-98, Oct. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1539449219880531>.

LATOUR, B. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do Ator-Rede. Salvador: Edufba, 2012.

LIMA, R. C.; FELDMAN, C.; EVANS, C.; BLOCK, P. Defesa de direitos e políticas para o autismo no Brasil e nos EUA. *In*: RIOS, C.; FEIN, E. **Autismo em tradução**: uma conversa intercultural sobre condições do espectro autista. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2019.

LINS, S.; SILVA, M. F. O. C.; LINS, Z. M. B.; CARNEIRO, T. F. A compreensão da infância como construção sócio-histórica. **Revista CES Psicologia**, Medellín, v. 7, n. 2, p. 126-137, jul./dez. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268687850_A_compreensao_da_infancia_como_construcao_socio-historica_The_understanding_of_childhood_as_a_social_and_historical_construction. Acesso em: 23 nov. 2024.

LITTLE, L. M.; COHEN, S. R.; TOMCHEK, S.; BAKER, A.; WALLISCH, A, DEAN E. Interventions to support participation in play for autistic children and youth (dates of review: 2013-2021). **The American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 77, 7710393170, Mar. 2023. Supl. 1. DOI: 10.5014/ajot.2023.77S10017.

LOPES, A. P. F. A. **Desenvolvimento atípico**: acesso à educação de qualidade. 2016. Dissertação (Mestrado em Mestrado Profissional em Matemática em Rede Nacional) – Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/55/55136/tde-24112016-202747/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

LOPES, B. A. Autismo e culpabilização das mães: uma leitura de Leo Kanner e Bruno Bettelheim. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11& 13TH WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1503543977_ARQUIVO_AUTISMO-E-CULPABILIZACAO-DAS-MAES-UMA-LEITURA-DE-LEO-KANNER-E-BRUNO-BETTELHEIM.pdf. Acesso em: 06 fev. 2025.

LOPES, C.O. **Transtorno do Espectro Autista**: um estudo bibliográfico sobre a evolução do conceito e as estratégias de inclusão propostas no período de 1996 a 2020. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Pedagogia) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11422/14652>. Acesso em: 24 nov. 2024.

LUCENA, L. C.; OLIVEIRA, I. C. G. O transtorno de espectro autista e as experiências narrativas de mulheres no Instagram. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.27, e220305, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220305>.

MANOUILENKO, I.; BEJEROT, S. Sukhareva — Prior to Asperger and Kanner. **Nordic Journal of Psychiatry**, London, v. 69, n. 6, p. 479-482, Aug. 2015. DOI: 10.3109/08039488.2015.1005022.

MAPURUNGA, B. A.; MENDES, A. L. R.; SILVEIRA, V. B.; CORREIA, R. F. O.; CARVALHO, A. F. M. A atuação do terapeuta ocupacional na reabilitação de pessoas com autismo. **Revista de Casos e Consultoria**, Natal, v. 12, n. 1, e26291, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26291>. Acesso em: 23 nov. 2024.

MARCÍLIO, M.L. A lenta construção dos direitos da criança brasileira. **Revista USP**, São Paulo, v.37, p.46-57, maio 1998. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i37p46-57>.

MARCOLINO, T. Q. Do paradoxo da mágica à investigação da clínica: pesquisa, clínica e terapia ocupacional. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 3, n. 3, p. 172-177, 2015. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v3i3.1099>.

MARCOLINO, T. Q.; BENETTON, J.; CESTARI, L. M. Q.; MELLO, A. C. C.; ARAÚJO, A.S. Diálogos com Benetton e Latour: possibilidades de compreensão da inserção social. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 4, p. 1322-1334, out./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2032>.

MARCOLINO, T. Q. Como trabalhamos com a noção de ampliação de cotidiano: considerações a partir do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Eds.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

MARCOLINO, T. Q.; FANTINATI, E.N. A transformação na utilização e conceituação de atividades na obra de Jô Benetton. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 142-150, out. 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p142-150>.

MARCOLINO, T. Q. O raciocínio clínico da Terapeuta Ocupacional ativa. **Revista CETO**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 14-25, 2012. Disponível em: <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/03-marcolino-1.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2024.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 244-262, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i2p244-262>.

MARTÍNEZ, M.A. A. Efectividad de la terapia ocupacional en niños con autismo. **Revista Electrónica de Terapia Ocupacional**, Galicia, v. 13, n. 23, mayo 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5536314.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

MARTINS FILHO, A. J.; BARBOSA, M. C. S. Metodologias de pesquisas com crianças. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 2, p. 8-28, jul. 2010. DOI: <https://doi.org/10.17058/rea.v18i2.1496>.

MASTROPIETRO, A.P.; CESTARI, L.M.Q.; MARCOLINO, T.Q. Você se ocupa das suas coisas hoje, que eu faço as minhas atividades! O método terapia ocupacional dinâmica com crianças. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 1231-1236, ago. 2022. DOI: <http://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto42860>.

MATSUKURA, T. S. A aplicabilidade da terapia ocupacional no tratamento do autismo infantil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 6, n. 1, p. 25-47, 1997. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/309/254>. Acesso em: 23 nov. 2024.

MATSUKURA, T. S. Terapia Ocupacional em Psiquiatria Infantil. **Revista CETO**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 25-27, 2001. Disponível em: <https://ceto.pro.br/revista2001/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

MATSUKURA, T. S.; SORAGNI, M. Terapia Ocupacional e autismo infantil: identificando práticas de intervenção e pesquisas. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional**, Salvador, v. 2 n. 1, p. 29-40, nov. 2013. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/terapiaocupacional/article/view/206/212>. Acesso em: 23 nov. 2024.

MATSUKURA, T.S; MINATEL, M.M; FERNANDES, A.D.S.A. Terapia ocupacional e o transtorno do espectro do autismo: considerações para intervenções na singularidade, diversidade e complexidade. In: FIGUEIREDO, M.O. (org). **Terapia ocupacional no ciclo de vida da infância**. São Paulo: Memnon, 2022. Cap.8.

MAXIMINO, A. C. C. M. **O Método Terapia Ocupacional Dinâmica e o *ModelloVivaio***: histórias orais de construções inventivas para a prática de Terapia Ocupacional. 2023. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/19078>. Acesso em: 24 nov. 2024.

MAXIMINO, V. S.; PETRI, E. C.; CARVALHO, A. O. C. A compreensão de saúde para o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Revista CETO**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 34-40, 2012. Disponível em: <https://ceto.pro.br/wp-content/uploads/2021/03/05-varios-1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

MELLO, A. C. C. **A construção de sentidos nas intervenções em Terapia Ocupacional**. 2019. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11371?show=full>. Acesso em: 27 nov. 2024.

MELLO, A. C. C.; DITURI, D. R.; MARCOLINO, T. Q. A construção de sentidos sobre o que é significativo: diálogos com Wilcock e Benetton. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 1, p. 352-373, jan./mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1896>.

MELLO, A. C. C.; MARCOLINO, T.; POLLARD, N.; EKWAN, F. Change in Occupational Therapy. In: CREEK, J.; POLLARD, N.; ALLEN, M. (Eds.). **Theorising Occupational Therapy in practice in diverse settings**. London: Routledge, 2022, p. 143-164.

MELO, J. S. Breve histórico da criança no Brasil: conceituando a infância a partir do debate historiográfico. **Revista Educação Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, jan. 2020. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/2/breve-historico-da-crianca-no-brasil-conceituando-a-infancia-a-partir-do-debate-historiografico>. Acesso em: 24 nov. 2024.

MIETO, F.S.R.; BOUSSO, R.S. A experiência materna em uma unidade de hemodialis pediátrica. **Brazilian Journal of Nephrology**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 460-468, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20140066>.

MUÑOZ, A. I. M.; NORIEGA, M. A. Revisión de laprácticaprofesional de terapia ocupacional en autismo. **Revista de Terapia Ocupacional Galicia**, v. 13, n. 24, 2016. Disponível em: <https://revistatog.com/num24/pdfs/revision4.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2024.

MUSSI, F.C. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. 5, p.751-759, out. 2004.DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000500008>.

NOVAK, I.; HONAN, I. Effectiveness of pediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. **Australian Occupational Therapy Journal**, Hoboken, v.66, n. 3, p. 258-273, Apr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12573>.

O'BRIEN, J. C.; KUHANECK, H. **Case-Smith's Occupational Therapy for children and adolescents**. 8. ed. Amsterdam: Elsevier Health Sciences: 2019.

OLIVEIRA, B. D. C.; FELDMAN, C.; COUTO, M. C. V.; LIMA, R. C. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 707-726, jul. 2017.DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>.

OLIVEIRA, B. T. F.; BARROS JÚNIOR, M. A. P.**Intervenções do terapeuta ocupacional junto a pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo**: uma revisão de escopo. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) – Faculdade de Fisioterapia e TerapiaOcupacional, Instituto de Ciências daSaúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2021.Disponível em: https://bdm.ufpa.br/bitstream/prefix/5700/1/TCC_IntervencoesTerapeutaOcupacional.pdf. Acesso em: 24 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF - CJ**: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para crianças e jovens. São Paulo: EDUSP, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha Informativa**: Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>. Acesso em: 10 jun. 2023.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-77, fev. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100012>.

ORTEGA, F. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-509, out. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132008000200008>.

PAOLI, J.; MACHADO, P.F.L. Autismos em uma perspectiva histórico-cultural. **Revista GESTO-Debate**, Campo Grande, v. 22, n. 1-31, p.534-565, nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.55028/gd.v6i01-24.17534>.

PATTEN, K.; MURTHI, K.; CHEN, Y. L; ONWUMERE, D.; SHORE, S. Interventions for developing positive mental health in autistic individuals (2013-2021). **The American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 77, 7710393130, Mar. 2023a. Supl. 1. DOI: 10.5014/ajot.2023.77S10013.

PATTEN, K.; MURTHI, K.; CHEN, Y. L.; ONWUMERE, D.; SHORE, S. Interventions that foster self-determination in autistic individuals (2013-2021). **The American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 77, 7710393120, Mar. 2023b.Supl. 1. DOI: 10.5014/ajot.2023.77S10012.

PERUZZOLO, D. L.; BARBOSA, D. M.; SOUZA, A. P. R. Terapia Ocupacional e o tratamento de bebês em intervenção precoce a partir de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor: estudo de caso único. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 409-421, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1155>.

PFEIFFER, B. A.; KOENIG, K.; KINNEALEY, M.; SHEPPARD, M.; HENDERSON, L. Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: a pilot Study. **The American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 65, n. 1, p. 76-85, Jan./Feb. 2011.DOI: 10.5014/ajot.2011.09205.

POZZI, C. M.; RIESGO, R. S.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. Revisiting the history of autism before Kanner and Asperger: a tribute to GrunyaSukhareva. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 82, n. 8, s00441788269, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1788269>.

PRIORE, M. D. **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1991.

RIBEIRO, C.S.;PASSOS, I. F.; NOVAES, M. G.; DIAS, F. W. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**,São João Del-Rei, v.5, n.1, p.94-103, jan./jul. 2010.Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5_n1/ribeiro_et_al.pdf. Acesso em: 24 nov. 2024.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, abr. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100004>.

RICCI, T. E.; FERNANDES, A. D. S. A.; CESTARI, L. M. Q.; MARCOLINO, T. Q.; SOUZA, M. B. C. A. Terapeutas cansadas: da precariedade do trabalho à precariedade da assistência na indústria do autismo. **SciELO Preprints**, 2023. *Ahead of print*. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6634>.

RODGER, S.; ASHBURNER, J.; CARTMILL, L; BOURKE-TAYLOR, H. Helping children with autism spectrum disorders and their families: Are we losing our occupation-centredfocus?.**Australian Occupational Therapy Journal**, Hoboken, v. 57, n. 4, p. 276-280, Jul. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00877.x>.

ROMAGNOLI, G.; LEONE, A.; ROMAGNOLI, G.; SANSONI, J.; TOFANI, M.; DE SANTIS, R.; VALENTE, D.; GALEOTO, G. Occupational Therapy's efficacy in children with Asperger's syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. **La Clinica Terapeutica**, Roma, v. 170, n.5, p. 382-387, Sep./Oct. 2019. DOI: 10.7417/CT.2019.2164.

ROMEU, C. A.; ROSSIT, R. A. S. Trabalho em equipe interprofissional no atendimento à criança com Transtorno do Espectro do Autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Corumbá, v. 28, e0114, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0114>.

SANCHES, T. T. B.; TAVEIRA, L. S. Autismo: uma revisão bibliográfica. **Cadernos Intersaberes**, Curitiba, v. 9, n. 18, p. 34-42, 2020. Disponível em: <https://cadernosuninter.com/index.php/intersaberes/article/view/1356/1147>. Acesso em: 24 nov. 2024.

SANTOS, G. C. S.; MARTINEZ, A. M. A subjetividade social da escola e os desafios da inclusão de alunos com desenvolvimento atípico. **Revista Brasileira Educação Especial**, Corumbá, v. 22, n. 2, p. 253-268, abr./jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382216000200008>.

SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M.; LANZONI, G. M. M.; MELO, A. L. S. F.; LEITE, J. L. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160056, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>.

SHELL, B. A. B.; SHELL, J. W. **Clinical and professional reasoning in Occupational Therapy**. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

SCHOEN, S. A.; LANE, S. J.; MAILLOUX, Z.; MAY-BENSON, T.; PARHAM, L. D.; SMITH ROLEY, S.; SCHAAF, R. C. A systematic review of ayres sensory integration intervention for children with autism. **Autism Research**, Hoboken, v. 12, n. 1, p. 6-19, Jan. 2019. DOI: 10.1002/aur.2046.

SHEFFER, E. **Crianças de Asperger: as origens do autismo na Viena nazista**. Rio de Janeiro: Record, 2019.

SILVA, C. O.; OLIVEIRA, S. A.; SILVA, W. C.; MENDES, R. C.; MIRANDA, L. S. C.; MELO, K. C.; SILVA, R. A.; OLIVEIRA, T. M. P.; OLIVEIRA, C. J. P.; SANTOS, M. E. J. Benefits in using early intervention in children with autistic spectrum disorder (ASD): an integrative review. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 7, p. e256972474, maio 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.2474.

SILVA, G. S.; BUFFONE, F. R. R. C. O brincar para a criança com transtorno do espectro autista (TEA): possibilidade de intervenção da terapia ocupacional. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 188-203, maio 2021. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto36473.

SILVA, R. A. S.; OLIVER, F. C. A interface das práticas de terapeutas ocupacionais com os atributos da atenção primária à saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 784-808, jul./set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2029>.

STELLIN, R. M. R.; MARTINS, L. T.; TRIANDOPOLIS, G. P.; COSTA, E. P. Infância e normatização: lugar de criança e o discurso social da inclusão e exclusão. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 192-215, 2009. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282009000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2024.

TAKATORI, M. **Vamos brincar?** Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001826173>. Acesso em: 27 nov. 2024.

TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R.; FERNANDES, C. S. Incidência de transtorno global do desenvolvimento em crianças: características e análise a partir dos CAPSi. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 34, e210002, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e210002>.

TORINA, H. F.; CORREA, L. J. L. F.; SANTOS, G.; MIGUEL, I. N.; AISSA, J. M.; NICOLA, J. B.; CARVALHO, G. R. Prevalência de comorbidades psiquiátricas no TEA e principais desafios do diagnóstico diferencial. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, p. e16246, ago. 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e16246.2024>.

VAN DER WALT, J.; ENGELBRECHT, M.; VAN BILJON, H.; SOEKER, S. M. Occupational Therapy interventions for Autism Spectrum Disorder. a Rapid Review. **South African Journal of Occupational Therapy**, Pretoria, v. 24, n. 1, Apr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.17159/2310-3833/vol54no1a9>.

VARELA, R. C. B.; VAN SCHAIK, E.; BARONE, B. M.; BENETTON, J. Sobre a terapia ocupacional e o uso da tecnologia assistiva no transtorno do espectro autista. In: SOUZA, D. **Terapia Ocupacional e sua representatividade no transtorno do espectro autismo: teoria e prática**. São Paulo: Book Toy, 2022. p. 247-265.

WACHTEL, L. E.; SHORTER, E.; FINK, M. Electroconvulsive therapy for self-injurious behaviour in autism spectrum disorders: Recognizing catatonia is key. **Current Opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 31, n. 2, p. 116-122, Mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000393>.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 25–33, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>.

ZHUANG, H.; LIANG, Z.; MA, G.; QURESHI, A.; RAN, X.; FENG, C.; LIU, X.; YAN, X.; SHEN, L. Autism spectrum disorder: pathogenesis, biomarker, and intervention therapy. **MedComm**, Beijing, v. 5, n. 3, e497, Mar. 2024. DOI: 10.1002/mco2.497.

Parte 8

Anexos

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL SOB OS PRESSUPOSTOS DO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA NO COTIDIANO DE CRIANÇAS.

Pesquisador: LEILA MARIA QUILES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55682922.6.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.431.953

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1868049.pdf Versão do Projeto: 2, de 12/04/2022). RESUMO: O desenvolvimento e criação do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) foi iniciado na década de 1970, pela terapeuta ocupacional, Jô

Benetton, intensificado a partir de 1980 com a criação do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO), instituição de ensino, pesquisa e assistência de terapeutas ocupacionais neste método. O MTOd preconiza a inserção social como objetivo final do tratamento, possui constructos teóricos próprios e centrados no movimento de ação e reação que acontece na dinâmica da relação triádica (terapeuta-sujeito alvo- atividades). Está em constante construção, o que possibilita identificar lacunas, ampliar as pesquisas e estudos. Uma dessas lacunas diz respeito à clínica da infância, como ocorre o processo de construção de sentidos, ampliação de espaços de saúde e como alcançar resultados por meio do cuidado em terapia ocupacional para as crianças, que possam repercutir positivamente em sua vida cotidiana. Em uma revisão de literatura realizada nas revistas do CETO, fonte que contempla as principais publicações com essa metodologia, foram encontrados 14 artigos com a população infantil dos 112 artigos publicados em 13 edições da revista, ressaltando que tais artigos apresentam contribuições significativas para a prática clínica, evidenciando principalmente o movimento na relação triádica, porém, não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.431.953

contemplam questões referentes à criação de espaços de saúde, cotidiano, a forma de análise de atividades realizada e a inserção social. Diante disso, o objetivo dessa pesquisa é identificar e compreender as repercussões do cuidado em terapia ocupacional, sob os pressupostos do MTOD, no cotidiano de crianças. Como e se isso acontece? Quais elementos apresentam-se como favoráveis e quais são desfavoráveis? O que é considerado/reconhecido pela criança e pelos adultos que convivem com ela? Como isso se dá em processo em um espaço de historicidade? A metodologia utilizada será de abordagem qualitativa, de natureza exploratória-descritiva, utilizando o procedimento de pesquisa de campo, especificamente com o Método de Análise Situacional, proposto por Clarke (2003). Pretende-se coletar dados, por meio de entrevistas com cinco terapeutas ocupacionais e cinco familiares, além da utilização de desenhos, materiais fotográficos e gravações das histórias vivenciadas nas sessões por cinco crianças que estão ou estiveram em atendimento com terapeutas ocupacionais que utilizam o MTOD em sua prática. Os dados serão analisados inicialmente por meio da codificação aberta, e após, como sugere Clark (2003) com a criação de três mapas: situacionais; das arenas e mundo sociais; e posicionais. Espera-se contribuir para ampliar evidências baseadas na prática para o cuidado em terapia ocupacional com o público infantil.

HIPÓTESE: Identificar e compreender as repercussões do cuidado em terapia ocupacional, sob os pressupostos do MTOD, no cotidiano de crianças.

METODOLOGIA: Será utilizada a abordagem qualitativa, de natureza exploratória-descritiva, especificamente com o Método de Análise Situacional, proposta por Clarke (2005). A análise situacional (AS) é considerada uma refundamentação pós-moderna da "grounded theory" (Teoria Fundamentada nos Dados- TFD), que poderá auxiliar em pesquisas que possui a prática como objeto de estudo (ALDRICH, RUDMAN, 2016). O giro pós moderno trouxe um caminho construído por diversas possibilidades, deu ênfase na localidade, parcialidade, posicionamento, heterogeneidade e também procurou investigar situações e fragmentos complexos (CLARKE, 2003). A AS compreende que o mundo é dinâmico e adotam a ideia da situação como unidade analítica de análise, entrelaça humanos e contextos na perspectiva transacional, experiências de mundo flexível e dinâmica, enfatiza a situação e sentido das relações com o outro e a forma como a força social influencia ações situadas (ALDRICH, RUDMAN, 2016). Segundo Aldrich; Rudman, (2016) os cientistas ocupacionais adotaram a ideia de situação como aquilo que dificultam formas de agir e ser, podendo ser uma doença, imigração, um local, entre outros. Devido a ideia de pluralismo, a amostragem teórica não será focada, mas sim sensível a diferentes atores, vozes e ponto de vista, em diferentes locais e aumentando as possibilidades de informação (PIERCE, 1878 apud FERNANDEZ, 2015). Desse modo, o percurso da

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.431.953

pesquisa apresenta-se, em parte, aberto, pois podem ocorrer alterações ao emergir novas questões a partir da coleta de dados, sendo necessário construir novas hipóteses que revelam outras possibilidades para o problema de pesquisa e para as perguntas que poderão orientar as entrevistas, de forma dinâmica (CASSIANI; CALIBRI;

PELÁ, 1996). LOCAL DA PESQUISA: Todas as entrevistas serão realizadas virtualmente, por meio de plataforma de comunicação, tendo em vista o enfrentamento da pandemia de COVID-19; entrevistas presenciais poderão ser cogitadas caso haja orientações institucionais que as permitam. O processo de coleta de dados seguirá as orientações do Ministério da Saúde do Brasil e da Universidade Federal de São Carlos sobre os critérios de cuidado preconizados para o enfrentamento da COVID-19. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS. IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA: Será enviado uma mensagem eletrônica ao Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO), solicitando envio de mensagens eletrônicas aos profissionais formados no MTOD, que trabalham na clínica da infância, convidando-os para a pesquisa em mensagem contendo os dados dos pesquisadores. Os cinco primeiros terapeutas ocupacionais que aceitarem serão analisados quanto aos critérios de inclusão. As crianças e familiares serão indicados pelas terapeutas ocupacionais participantes (sendo uma indicação por terapeuta ocupacional). Outras pessoas que convivem com as crianças poderão ser indicadas pelos familiares ou pelas(os) terapeutas ocupacionais, se necessário. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: Para adultos (terapeutas ocupacionais e familiares): Na TDF, não é necessário um roteiro de entrevista prévio, e pode-se partir de uma pergunta geral sobre o tema em questão. Neste estudo, a pergunta de pesquisa será: Como você vê a repercussão da terapia ocupacional no cotidiano da criança? As entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas pela própria pesquisadora. O pesquisador também irá utilizar memorandos para registros e observações pessoais que poderão auxiliar na análise dos dados futuramente. Para crianças: É consenso nas pesquisas, a utilização de ao menos dois procedimentos metodológicos, sendo os mais utilizados registro fotográfico, filmagens, e uso de desenhos das crianças (FILHO; BARBOZA, 2010). Para essa pesquisa, portanto, pretende-se utilizar esses procedimentos para coleta de dados com métodos criativos, solicitando à criança para que represente/narre a história vivenciada na terapia ocupacional. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: 1) Terapeutas ocupacionais que trabalhem sob o referencial do MTOD por mais de cinco anos e que atendam crianças. O tempo de experiência profissional foi delimitado tendo em vista a classificação de Schell e Schell (2008), indica terapeutas ocupacionais como "proficiente" com mais de cinco anos de prática reflexiva e experts com mais de dez anos. 2) Crianças que já foram acompanhadas ou em acompanhamento com os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.431.953

terapeutas ocupacionais proficientes e/ou experts. 3) Familiares e/ou outras pessoas do convívio social da criança.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar, do ponto de vista dos diferentes atores envolvidos (inicialmente terapeutas ocupacionais, crianças e familiares) suas compreensões sobre o cuidado em terapia ocupacional oferecido. Objetivos Secundários: 1- Mapear os diferentes elementos/aspectos do cotidiano das crianças que foram acessados nas intervenções, e identificar as possíveis relações transacionais entre eles. 2- Identificar os elementos/aspectos das intervenções de terapia ocupacional que contribuíram para repercussões no cotidiano das crianças; 3- Revisar as produções em torno do conceito "cotidiano" no arcabouço teórico do MTOD e analisar possibilidades para ampliar/revisar construções teórico-pragmáticas/operacionais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos e/ou desconfortos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Dessa forma, o pesquisador deve fazer o exercício da alteridade colocando-se no lugar do sujeito participante para detectar possíveis riscos/desconfortos, que podem ser físicos, morais ou psicológicos.

Neste sentido as pesquisadoras afirmam que possíveis desconfortos e/ou indisposições diante dos questionamentos durante sua colaboração no estudo em sua fase de produção de dados (entrevistas), como o surgimento de sentimentos e emoções ligados aos eventos narrados e de cansaço durante a realização das entrevistas. Quaisquer riscos poderão ser minimizados através da postura da pesquisadora, ao oferecer um acolhimento por meio do diálogo de modo que os procedimentos de produção dos dados sejam adequados para ambas as partes. E considerando-se que o Método Terapia Ocupacional Dinâmica está em constante construção, o maior benefício é dar visibilidade ao mesmo, respondendo a lacunas existentes na clínica da infância.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.431.953

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agradecemos as providências e os cuidados tomados pelos pesquisadores ao apresentarem a 1ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar. Seguem abaixo as pendências listadas no parecer anterior do CEP e seu status (atendida, não atendida, parcialmente atendida). Pendências apontadas no relatório anterior:

PENDÊNCIAS:

- 1) O TCLE dos Familiares ou responsáveis pela criança precisa conter também a solicitação de que ele/a autoriza a participação da criança na pesquisa.
- 2) O TALE precisa possibilitar que a criança que não saiba ler, ou não saiba escrever o próprio nome possa firmar o aceite de alguma outra forma, como uma garatuja ou desenho.
- 3) No TALE precisa substituir o termo CÓPIA por VIA na frase "Esse termo foi lido para mim pela pesquisadora, eu recebi uma cópia dele e concordo em participar dessa pesquisa."

RESPOSTAS:

- Quanto ao item 1 - Foi acrescido: "Por ser um familiar e responsável pela criança, ao aceitar participar desta pesquisa, você também está autorizando a participação da criança neste projeto."
- Quanto aos itens 2 e 3 - Foi acrescido: "Esse termo foi lido para mim pela pesquisadora, eu recebi uma via dele e concordo em participar dessa pesquisa, fazendo um desenho do que eu quiser neste termo, para demonstrar que aceito participar."

Diante disto, considero que as questões éticas foram contempladas e, portanto, considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235		CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA		
UF: SP	Município: SÃO CARLOS	
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br	



Continuação do Parecer: 5.431.953

arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1868049.pdf	12/04/2022 18:42:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_v.pdf	12/04/2022 18:42:01	LEILA MARIA QUILES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v.pdf	12/04/2022 18:41:30	LEILA MARIA QUILES	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	12/04/2022 18:37:29	LEILA MARIA QUILES	Aceito
Outros	imagem_som.pdf	31/01/2022 22:13:25	LEILA MARIA QUILES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	31/01/2022 22:12:58	LEILA MARIA QUILES	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	31/01/2022 22:10:04	LEILA MARIA QUILES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	31/01/2022 22:09:47	LEILA MARIA QUILES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_ta.pdf	31/01/2022 22:09:01	LEILA MARIA QUILES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Leila.pdf	13/01/2022 15:11:24	LEILA MARIA QUILES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.431.953

Não

SAO CARLOS, 26 de Maio de 2022

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **CEP:** 13.565-905
E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO B

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Assentimento e Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERAPEUTA OCUPACIONAL

*A presente pesquisa é regulamentada pela resolução 510/2016

Prezada(o) _____. Você está sendo convidada(o) a participar, como voluntária(o), da pesquisa intitulada **“Repercussões da terapia ocupacional sob os pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica no cotidiano de crianças”**.

A pesquisa será realizada pela terapeuta ocupacional Leila Maria Quiles Cestari, aluna do curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob orientação da Profª. Drª. Tais Quevedo Marcolino.

1. Objetivo e justificativa do estudo

Este estudo tem por objetivo identificar e compreender as repercussões do cuidado em terapia ocupacional, sob os pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), no cotidiano de crianças, por meio do ponto de vista dos diferentes atores envolvidos (terapeutas ocupacionais, crianças e familiares), mapeando os diferentes elementos/aspectos do cotidiano das crianças que foram acessados nas intervenções, e identificando as possíveis relações transacionais entre eles.

2. Participantes do estudo, critérios de inclusão e de exclusão

Os participantes deste estudo serão terapeutas ocupacionais formadas (os) há mais de cinco anos no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) e que atuam ou atuaram na clínica da infância, no Brasil, além de familiares e crianças que estiveram ou estão em atendimento com essas profissionais. O tempo de experiência profissional foi delimitado tendo em vista a classificação de Schell e Schell (2008), indica terapeutas ocupacionais como “proficiente” com mais de cinco anos de prática reflexiva e *experts* com mais de dez anos.

Desse modo, você está sendo convidada (o), pois é terapeuta ocupacional com mais de cinco anos de formação no MTOD e atende crianças utilizando referencial.

3. Procedimentos

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher uma ficha de Caracterização com dados profissionais, como formação graduada e pós-graduação, tempo de atuação profissional, serviços de atuação. Além disso, você será convidada(o) a participar de uma entrevista semiestruturada (duração prevista entre 30 minutos e uma hora) para falar sobre suas reflexões e observações sobre a prática clínica nos atendimentos com a criança, incluindo conceitos teóricos do MTOD bem como as repercussões vivenciadas no cotidiano da mesma. A entrevista será realizada virtualmente, por meio de plataforma de comunicação,

respeitando as normas sanitárias para prevenção do contágio por Covid-19 na época da coleta de dados.

As entrevistas serão gravadas em áudio e vídeo. Uma vez concluída a coleta de dados, será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Será assegurado o sigilo e a confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa, garantindo procedimentos de coleta e armazenamento dos dados de modo seguro.

4. Riscos e benefícios de sua participação

Os possíveis desconfortos e riscos englobam: você se sentir obrigada(o) a colaborar na pesquisa e se sentir julgada(o) em seus conhecimentos pelo tipo de resposta que vier a dar. Os riscos poderão ser minimizados através da postura da pesquisadora, ao oferecer um acolhimento por meio do diálogo de modo que os procedimentos de produção dos dados sejam adequados para ambas as partes.

Os benefícios esperados abarcam a produção de conhecimento que contribuam tanto para melhor compreensão do cuidado em terapia ocupacional na clínica da infância, utilizando o MTOD, como suas repercussões no cotidiano da criança, além de auxiliar na identificação de elementos para ampliar e melhorar a discussão sobre a aprendizagem da prática profissional neste contexto.

5. Considerações gerais

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Você terá liberdade em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A qualquer momento, você poderá solicitar esclarecimentos a respeito dos procedimentos. Sua identidade será mantida em sigilo, pois ao longo do estudo seu nome será substituído por números ou nomes fictícios. Também não serão citados quaisquer nomes ou lugares que você venha a mencionar na entrevista. Com isso, seu anonimato e o das pessoas eventualmente citadas por você, serão garantidos.

Você não terá gastos financeiros e não receberá qualquer pagamento por sua participação. Os registros desta pesquisa (suas respostas à ficha de caracterização e as gravações das entrevistas) ficarão arquivados e só terão acesso a eles os pesquisadores envolvidos.

Você terá direito a indenização caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Ao término deste estudo, os resultados serão divulgados em meios de comunicação, tais como eventos e revistas científicas.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, a qualquer momento que desejar.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia

Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 – São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3o andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Leila Maria Quiles Cestari
Terapeuta Ocupacional
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
da Universidade Federal de São Carlos.
Telefone: (16) 99187-9636

Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino
Departamento de Terapia Ocupacional
Universidade Federal de São Carlos
Rodovia Washington Luís, km 235
Telefones: (16) 33066624 e (16) 981755696

Consentimento Pós-Informação

Declaro que estou devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Declaro também que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, rubricada e/ou assinada pelo pesquisador e por mim em todas as suas páginas, e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Participante

Observações: este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante, e deverá ser rubricado/assinado em todas as suas páginas pelo participante e pelo(a) pesquisador(a).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FAMILIAR OU RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA**

*A presente pesquisa é regulamentada pela resolução 510/2016

Prezada(o) _____. Você está sendo convidada(o) a participar, como voluntária(o), da pesquisa intitulada **“Repercussões da terapia ocupacional sob os pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica no cotidiano de crianças”**.

A pesquisa será realizada pela terapeuta ocupacional Leila Maria Quiles Cestari, aluna do curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob orientação da Profª. Drª. Taís Quevedo Marcolino.

1. Objetivo e justificativa do estudo

Este estudo tem por objetivo identificar e compreender as repercussões do cuidado em terapia ocupacional, sob os pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) no cotidiano de crianças, por meio do ponto de vista dos diferentes atores envolvidos (terapeutas ocupacionais, crianças e familiares), mapeando os diferentes elementos/aspectos do cotidiano das crianças que foram acessados nas intervenções, e identificando as possíveis relações transacionais entre eles.

2. Participantes do estudo, critérios de inclusão e de exclusão

Os participantes deste estudo serão terapeutas ocupacionais formadas (os) há mais de cinco anos no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) e que atuam ou atuaram na clínica da infância, no Brasil, além de familiares e crianças que estiveram ou estão em atendimento com essas profissionais. O tempo de experiência profissional foi delimitado tendo em vista a classificação de Schell e Schell (2008), indica terapeutas ocupacionais como “proficiente” com mais de cinco anos de prática reflexiva e *experts* com mais de dez anos.

Desse modo, você está sendo convidada (o), pois é familiar de uma criança atendida por uma terapeuta ocupacional com mais de cinco anos de formação no MTOD e atende crianças utilizando referencial.

3. Procedimentos

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher uma ficha de Caracterização com dados pessoais, como idade, estado civil, número de filhos, formação e profissão. Além disso, você será convidada(o) a participar de uma entrevista semiestruturada (duração prevista entre 30 minutos e uma hora) para falar sobre suas reflexões e observações sobre como os atendimentos em Terapia Ocupacional repercutem no cotidiano de sua filha(o) e que você considera significativo, considerando benefícios e expectativas e compreensão acerca da profissão. A entrevista poderá ser realizada presencialmente ou virtualmente, por meio de plataforma de comunicação, a depender das normas sanitárias para prevenção do contágio por Covid-19 na época da coleta de dados.

As entrevistas serão gravadas em áudio e vídeo. Uma vez concluída a coleta de dados, será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Será assegurado o sigilo e a confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa, garantindo procedimentos de coleta e armazenamento dos dados de modo seguro.

4. Riscos e benefícios de sua participação

Os possíveis desconfortos e riscos englobam: você se sentir obrigada(o) a colaborar na pesquisa, sentir que os atendimentos possam ser prejudicados caso não aceite e se sentir julgada(o) em seus conhecimentos pelo tipo de resposta que vier a dar. Os riscos podem ser minimizados através da postura da pesquisadora, ao oferecer um acolhimento por meio do diálogo de modo que os procedimentos de produção dos dados sejam adequados para ambas as partes.

Os benefícios esperados abarcam a produção de conhecimento que contribuam tanto para melhor compreensão do cuidado em terapia ocupacional na clínica da infância, utilizando o MTOD, como na compreensão e conhecimento sobre as repercussões vivenciadas no cotidiano da criança, além de auxiliar na identificação de elementos para ampliar e melhorar a discussão sobre a aprendizagem da prática profissional neste contexto.

5. Considerações gerais

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Você terá liberdade em recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A qualquer momento, você poderá solicitar esclarecimentos a respeito dos procedimentos. Sua identidade será mantida em sigilo, pois ao longo do estudo seu nome será substituído por números ou nomes fictícios. Também não serão citados quaisquer nomes ou lugares que você venha a mencionar na entrevista. Com isso, seu anonimato e o das pessoas eventualmente citadas por você, serão garantidos.

Você não terá gastos financeiros e não receberá qualquer pagamento por sua participação. Os registros desta pesquisa (suas respostas à ficha de caracterização e as gravações das entrevistas) ficarão arquivados e só terão acesso a eles os pesquisadores envolvidos.

Você terá direito a indenização caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Ao término deste estudo, os resultados serão divulgados em meios de comunicação, tais como eventos e revistas científicas.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, a qualquer momento que desejar.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 – São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do

CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3o andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Leila Maria Quiles Cestari
Terapeuta Ocupacional
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
da Universidade Federal de São Carlos.
Telefone: (16) 99187-9636

Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino
Departamento de Terapia Ocupacional
Universidade Federal de São Carlos
Rodovia Washington Luís, km 235
Telefones: (16) 33066624 e (16) 981755696

Consentimento Pós-Informação

Declaro que estou devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Declaro também que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, rubricada e/ou assinada pelo pesquisador e por mim em todas as suas páginas, e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Participante

Observações: este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante, e deverá ser rubricado/assinado em todas as suas páginas pelo participante e pelo(a) pesquisador(a).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL**

TERMO DE ASSENTIMENTO

*A presente pesquisa é regulamentada pela resolução 510/2016

Prezada(o) _____. Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada **“Repercussões da terapia ocupacional sob os pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica no cotidiano de crianças”**.

Seus pais ou responsáveis deixaram você participar. Queremos saber o que você entende sobre a sua história vivenciada nas sessões de terapia ocupacional e como você observa o seu cotidiano (dia-a-dia) após iniciar terapia ocupacional.

As crianças que irão participar dessa pesquisa poderão ter até 11 anos e 11 meses. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se aceitar e depois desistir.

A pesquisa será realizada virtualmente por meio de plataforma de comunicação, respeitando as normas sanitárias para prevenção do contágio por Covid-19 na época da coleta de dados. Você receberá o auxílio da terapeuta ocupacional que o atende, onde decidiremos juntos qual será a melhor maneira para que você expresse o que entende sobre o cuidado que você recebe quando frequenta a Terapia Ocupacional.

Para isso, poderemos conversar, anotar em cadernos, tirar fotos, gravar áudios ou vídeos, desenhar, ver atividades realizadas nas sessões ou outros materiais que você decidir utilizar de acordo com o que achar mais interessante e significativo e que você queira compartilhar.

Usar esses materiais é considerado seguro, mas talvez você possa se sentir tímido(a) ou com vergonha durante algumas das atividades. Se isso acontecer, você poderá me falar na mesma hora e podemos parar a atividade. E se você tiver vontade de conversar sobre alguma coisa ou sentimento que apareceram durante as nossas atividades, você pode me ligar no telefone (16) 99187-9636 – pesquisadora Leila Maria Quiles Cestari.

Também têm coisas boas que podem acontecer, como você começar a participar mais e ser mais ouvido, você conhecer e entender melhor sobre si mesmo(a) e sobre a seu próprio cotidiano e da sua história vivida desde que iniciaram as sessões de terapia ocupacional, além disso, vamos poder mostrar o resultado do nosso trabalho para quem decidir que seja importante.

Ninguém de fora, além dos seus responsáveis e da sua (seu) terapeuta ocupacional, saberá que você está participando dessa pesquisa; não vamos contar para outras pessoas, nem dizer o que você nos disse para estranhos. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem colocar os nomes das crianças que participaram. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar pessoalmente ou ligar naquele telefone que está escrito aqui nesse texto.

Leila Maria Quiles Cestari
Terapeuta Ocupacional
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
da Universidade Federal de São Carlos.
Telefone: (16) 99187-9636

Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino
Departamento de Terapia Ocupacional
Universidade Federal de São Carlos
Rodovia Washington Luís, km 235
Telefones: (16) 33066624 e (16) 981755696

Consentimento Pós-Informado

Eu _____ aceito participar da pesquisa **“Repercussões da terapia ocupacional sob os pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica no cotidiano de crianças”**.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Esse termo foi lido para mim pela pesquisadora, eu recebi uma cópia dele e concordo em participar dessa pesquisa.

São Carlos, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Participante

Observações: este Termo de Assentimento é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante, e deverá ser rubricado/assinado em todas as suas páginas pelo participante e pelo(a) pesquisador(a).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu _____
autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “ **REPERCUSSÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL SOB OS PRESSUPOSTOS DO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA NO COTIDIANO DE CRIANÇAS**” sob responsabilidade de **Leila Maria Quiles Cestari**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Prof^aDr^a Taís Quevedo Marcolino.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da pesquisadora, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais e produção científica. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem, nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente.

Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, a minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pelo estudo e a outra com o(a) participante.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

Leila Maria Quiles Cestari
(Pesquisadora responsável)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu _____
autorizo a utilização da imagem e som de voz, do meu filho (a) na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **“REPERCUSSÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL SOB OS PRESSUPOSTOS DO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA NO COTIDIANO DE CRIANÇAS”** sob responsabilidade de **Leila Maria Quiles Cestari**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Prof^a Dr^a Taís Quevedo Marcolino.

A imagem e som de voz do meu filho (a) podem ser utilizadas apenas para análise por parte da pesquisadora, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais e produção científica. Tenho ciência de que não haverá divulgação da imagem, nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente.

Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, a imagem e som de voz do meu filho (a).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pelo estudo e a outra com o (a) participante.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

Leila Maria Quiles Cestari
(Pesquisadora responsável)

[1] Centro de Estudos em Terapia Ocupacional, atualmente Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional.

[2] Trata-se de um sistema desenvolvido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Brasil, que integra uma base de dados de currículos de pesquisadores, dos grupos e instituições de pesquisa.

[3] O diagnóstico médico está descrito conforme a publicação, compreendendo-se que há outras classificações atuais.

[4] Não foi incluída a produção Benetton et al. (s/d).

[5] Tais pesquisas podem ser quantitativas ou qualitativas, apresentam maior rigor metodológico, analisam uma situação complexa e demandam aprovação em comitê de ética em pesquisa (Alpi & Evans, 2019).

[6] Este tipo de estudo descreve algum fato, experiência individual ou de grupo sobre uma situação vivida; deve seguir os padrões éticos, porém não é necessária aprovação em comitê de ética em pesquisa (Alpi & Evans, 2019).

ANEXO C

Carta convite enviada pela terapeuta ocupacional

Convite

Sou Leila M. Quiles Cestari, aluna do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO/UFSCar), e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado "REPERCUSSÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL SOB OS PRESSUPOSTOS DO MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA NO COTIDIANO DE CRIANÇAS", sob a supervisão da Profa. Dra. Tais Quevedo Marcolino.

O objetivo desta pesquisa é identificar e compreender as repercussões do cuidado em terapia ocupacional, sob os pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOd), no cotidiano de crianças com diagnóstico médico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), do ponto de vista dos diferentes atores envolvidos (inicialmente terapeutas ocupacionais, crianças e familiares).

Para a primeira etapa desta pesquisa, será realizada uma entrevista com terapeutas ocupacionais experts no MTOd que atendam crianças com diagnóstico médico de TEA.

Para a segunda etapa, a/o terapeuta ocupacional deverá indicar um familiar e uma criança que esteja em atendimento por pelo menos um ano ou que tenha tido alta no período de seis meses, cujos responsáveis aceitem participar da pesquisa. O aceite a este convite também implicará em sua ajuda no processo de coleta de dados a ser realizado com a criança.

Todas as entrevistas serão previamente agendadas e organizadas conforme disponibilidade dos participantes e após assinatura dos termos de consentimento livre esclarecidos e do assentimento da criança.

Nos colocamos à disposição para maiores informações e esclarecimentos por e-mail: leilamcestarim@gmail.com ou pelo celular (16) 99187-9636.

Antecipamos nosso agradecimento.

Atenciosamente

Leila Cestari e Tais Q. Marcolino.

ANEXO D

Roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pela pesquisadora

Roteiro - Terapeuta Ocupacional

1. Como essa criança chegou ao consultório? Com quais informações?
2. Quais dessas informações você usou de imediato? O que você fez com essas primeiras informações?
3. Qual a frequência dos atendimentos? A frequência já é estipulada antes ou está associada a necessidade observada?
4. Que outros atendimentos a criança realiza/realizava?
5. Como foi o processo da construção do diagnóstico situacional? O que te mostrava os impactos do TEA no cotidiano da criança?
6. As ações educativas como sustentação da função terapêutica: o que se ensina e o que se aprende na terapia ocupacional?
7. O manejo da relação triádica: Como foi a construção da relação triádica? Como se dá/dava o processo de realização das atividades? As atividades se desenrolam pela brincadeira?
8. Você utiliza/ou recursos no atendimento dessa criança? Quais e com quais objetivos? Como você pensa o setting com essas crianças? Como você constrói os limites e restrições do setting?
9. Como a criança comunica seus sentidos do que foi vivido na terapia ocupacional? E qual foi os seus sentimentos, como a terapeuta expressa o que foi vivido?
10. Como é/foi o trabalho com as pessoas do cotidiano da criança? Como você constrói essa relação, existe uma frequência, como acontece?
11. Quais suas reflexões sobre o atendimento de TO no MTOD com essa população alvo?
12. Como você vê as repercussões da Terapia Ocupacional no cotidiano da criança?
13. Quando você percebe que a terapia ocupacional apresenta limitações para ampliar as atividades, espaços de saúde e cotidiano das crianças com TEA?