

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**ROBERTA GIAMPÁ ROIZ**

**DESEMPENHO OCUPACIONAL DE CRIANÇAS NO TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA E COMPREENSÃO DAS MÃES APÓS A TERAPIA  
OCUPACIONAL ASSISTIDA POR CÃES**

SÃO CARLOS, 2026

ROBERTA GIAMPÁ ROIZ

**DESEMPENHO OCUPACIONAL DE CRIANÇAS NO TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA E COMPREENSÃO DAS MÃES APÓS A TERAPIA  
OCUPACIONAL ASSISTIDA POR CÃES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Terapia Ocupacional.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Mirela de Oliveira Figueiredo.

**Linha de pesquisa 1:** Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária.

**Agência de fomento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

SÃO CARLOS, 2026

---

## Folha de Aprovação

---

Defesa de Tese da candidata Roberta Giampá Roiz, realizada em 23/02/2026.

### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Mirela de Oliveira Figueiredo (UFSCar)

Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer (UFSCar)

Profa. Dra. Karina Piccin Zanni (Unifesp)

Profa. Dra. Raquel de Paula Carvalho (Unifesp)

Prof. Dr. Javier López-Cepero Borrego (Universidad de Sevilla)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus e aos espíritos de luz que me guiaram e me iluminaram mostrando o caminho a seguir, podendo chegar até aqui com sua proteção;

Ao meu marido Guilherme, por estar comigo nos melhores e piores momentos, por sempre acreditar em mim e ser meu maior incentivador nessa jornada;

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Mirela de Oliveira Figueiredo, que além de orientadora se tornou uma grande amiga, que me ensina desde meu início no PPGTO lá em 2020 quando ainda estávamos na pandemia;

Às minhas amigas do PPGTO que sempre estiveram presentes;

Aos professores do PPGTO pelos ensinamentos com dedicação;

Aos membros que compuseram a banca, Prof.<sup>a</sup> Dra. Luzia Iara Pfeifer que acompanhou todo o meu processo de aprendizagem e crescimento desde o mestrado até a defesa desta tese; a Prof.<sup>a</sup> Dra. Raquel de Paula Carvalho que fez contribuições valiosas desde a qualificação desta tese; a Prof.<sup>a</sup> Karina Piccin Zanni pela disponibilidade de estar presencialmente durante a defesa e contribuir com seus ensinamentos e pôr fim ao Prof. Dr. Javier López-Cepero Borrego por aceitar nosso convite e estar disponível apesar da diferença de fuso horário entre Brasil e Espanha.

À CAPES, pela bolsa e possibilidade de me dedicar integralmente à pesquisa;

A todas as mães que dispuseram de seus tempos, em suas rotinas tão corridas, para contribuir com a pesquisa;

Ao meu anjinho Victor que por alguns meses durante dessa jornada no doutorado me escolheu como sua mãe, e pôr fim a minha princesa Sophia que está aqui no forquinho defendendo esse doutorado comigo, participando de mais uma grande etapa na minha vida. Obrigada minhas crianças!

## RESUMO

A Terapia Ocupacional Assistida por Cães tem sido praticada em todo o mundo produzindo literatura sobre sua eficácia para diferentes populações. Trata-se de uma abordagem inovadora, centrada no cliente, sendo os objetivos atingidos a partir de uma relação estabelecida entre a criança e o cão que colabora com o engajamento da criança na terapia. Tal processo envolve uma metodologia, requisitos para os terapeutas e cão, planejamento das sessões a partir dos objetivos estabelecidos para cada criança previamente avaliada e periodicamente reavaliada. O estudo teve como objetivo avaliar e descrever, sob perspectiva de mães de crianças no Transtorno do Espectro Autista (TEA) que realizaram Terapia Ocupacional Assistida por Cães, se houve alteração no desempenho ocupacional dos filhos e se a intervenção impactou na sobrecarga materna, bem como na compreensão que fazem desta modalidade terapêutica. Trata-se de pesquisa quase-experimental do tipo avaliação de programa, com aplicação de medidas de pré e pós-teste. A amostra foi composta por 4 crianças no TEA e suas respectivas mães. Para avaliação do desempenho ocupacional das crianças foi aplicada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) que foi respondida pelas mães, para a sobrecarga utilizou-se a Escala de Zarit de Sobrecarga e para a compreensão sobre a terapia um roteiro para entrevista semi-estruturada. Análise dos dados adotou a abordagem quanti-qualitativa, sendo que os instrumentos padronizados possuem procedimento próprio de análise para obtenção dos escores e os resultados expressos em tabelas, quadros e gráficos. A análise das respostas das entrevistas foi realizada por meio da análise temática proposta por Braun e Clarke e utilizou-se o *software Taguette* para gerar os códigos iniciais. Dentre os resultados, a idade das crianças variou de 3 a 9 anos, 2 meninos e 2 meninas no TEA, com tempo de atendimento na Terapia Ocupacional Assistida por Cães entre 4 a 6 meses. Em relação às características das crianças, no geral apresentavam seletividade alimentar, agitação psicomotora, estereotípias, dificuldades de comunicação, atenção, concentração e restrita interação social. Em relação aos problemas funcionais para o desempenho ocupacional, o segurar/manusear/entregar objetos, verbalização, atenção, concentração, ficar sentada, interação social, tomar banho, vestir roupa, amarrar cadarço, prensão para lápis e tesoura, autoestima e chutar bola. Mediante os problemas funcionais para o desempenho ocupacional das crianças, foram elaborados e implementados planos terapêuticos para cada criança com a incorporação do cão de forma ativa ou indireta. A respeito das mudanças no desempenho ocupacional, das quatro crianças uma não apresentou mudança significativa conforme o escore estabelecido pela COPM. Cada uma das mães expressou sua forma singular de compreensão sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães pautada nas mudanças que consideraram positivas no desempenho ocupacional de seus filhos. Sobre o nível de sobrecarga materna, na comparação pré e pós intervenção, todas apresentaram boas mudanças em seus níveis de sobrecarga. Conclui-se que a Terapia Ocupacional Assistida por Cães configura-se como uma intervenção promissora e humanizada, que contribui para o desenvolvimento das crianças no TEA e para o bem-estar de suas famílias.

Palavras-chave: Serviços Assistidos por Animais, Terapia Assistida por Animais, Terapia Ocupacional Assistida por Cães, Transtorno do Espectro Autista, Desempenho Ocupacional.

## ABSTRACT

Canine-Assisted Occupational Therapy has been practiced worldwide, producing literature on its effectiveness for different populations. It is an innovative, client-centered approach, with objectives achieved through a relationship established between the child and the dog, which collaborates in engaging the child in therapy. This process involves a methodology, requirements for therapists and dogs, and session planning based on objectives established for each child, previously assessed and periodically reassessed. This study aimed to evaluate and describe, from the perspective of mothers of children on Autism Spectrum Disorder (ASD) who underwent Canine-Assisted Occupational Therapy, whether there was a change in their children's occupational performance and whether the intervention impacted maternal burden, as well as their understanding of this therapeutic modality. This is a quasi-experimental study of the program evaluation type, with the application of pre- and post-test measures. The sample consisted of 4 children on ASD and their respective mothers. To assess the children's occupational performance, the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) was used, which was completed by the mothers. The Zarit Burden Scale was used to assess workload, and a semi-structured interview guide was used to understand the therapy. Data analysis adopted a quantitative-qualitative approach, with the standardized instruments having their own analysis procedures for obtaining scores, and the results expressed in tables, charts, and graphs. The analysis of the interview responses was conducted using thematic analysis as proposed by Braun and Clarke, and the Taguette software was used to generate the initial codes. Among the results, the children's ages ranged from 3 to 9 years, with 2 boys and 2 girls on ASD, and the duration of treatment in Canine-Assisted Occupational Therapy ranged from 4 to 6 months. Regarding the children's characteristics, they generally presented with selective eating, psychomotor agitation, stereotypies, communication difficulties, attention and concentration problems, and restricted social interaction. Regarding functional problems affecting occupational performance, difficulties included holding/handling/delivering objects, verbalization, attention, concentration, sitting, social interaction, bathing, dressing, tying shoelaces, gripping pencils and scissors, self-esteem, and kicking a ball. Based on the children's functional problems affecting occupational performance, therapeutic plans were developed and implemented for each child, incorporating the dog in an active or indirect way. Regarding changes in occupational performance, one of the four children did not show a significant change according to the score established by COPM. Each mother expressed her unique understanding of Canine-Assisted Occupational Therapy based on the changes they considered positive in their children's occupational performance. Regarding the level of maternal burden, in the pre- and post-intervention comparison, all showed good changes in their burden levels. It is concluded that Canine-Assisted Occupational Therapy is a promising and humanized intervention that contributes to the development of children on ASD and to the well-being of their families.

**Keywords:** Animal-Assisted Services, Animal-Assisted Therapy, Canine-Assisted Occupational Therapy, Autism Spectrum Disorder, Occupational Performance.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Exemplos de serviços assistidos por animais que incluem áreas de foco e distinções .....	21
<b>Figura 2</b> - Determinantes para um profissional provedor de TAA.....	23
<b>Figura 3</b> – Interação Humano-Animal.....	24
<b>Figura 4</b> – Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento .....	43
<b>Figura 5</b> – Modelo explicativo do gráfico resultante da análise pelo Método JT .....	74

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Classificação TEA segundo DSM-5 .....	30
<b>Quadro 2</b> – Classificação do TEA segundo o CID 11 .....	32
<b>Quadro 3</b> – Síntese das publicações encontradas .....	36
<b>Quadro 4</b> – Códigos iniciais .....	61
<b>Quadro 5</b> - Frequência das crianças na intervenção durante o período de 6 meses .....	63
<b>Quadro 6</b> - Objetivos terapêuticos e atividades realizadas criança C1 .....	65
<b>Quadro 7</b> – Objetivos terapêuticos e atividades realizadas criança C2.....	67
<b>Quadro 8</b> – Objetivos terapêuticos e atividades realizadas criança C3.....	69
<b>Quadro 9</b> - Objetivos terapêuticos e atividades realizadas criança C4 .....	71
<b>Quadro 10</b> – Resumo dos problemas funcionais com as notas de avaliação no pré e pós intervenção.....	73

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização das 6 mães das crianças que participaram da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	55
<b>Tabela 2</b> - Informações sobre as crianças .....	63
<b>Tabela 3</b> - Desempenho Ocupacional criança C1 <b>ANTES</b> da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	64
<b>Tabela 4</b> - Desempenho Ocupacional criança C1 <b>DEPOIS</b> da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	65
<b>Tabela 5</b> - Pontuação final da criança C1 na Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	65
<b>Tabela 6</b> – Desempenho Ocupacional criança C2 <b>ANTES</b> da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	66
<b>Tabela 7</b> - Desempenho Ocupacional criança C2 <b>DEPOIS</b> da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	67
<b>Tabela 8</b> - Pontuação final da criança C2 na Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	68
<b>Tabela 9</b> – Desempenho Ocupacional criança C3 <b>ANTES</b> da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	68
<b>Tabela 10</b> - Desempenho Ocupacional criança C3 <b>DEPOIS</b> da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	69
<b>Tabela 11</b> - Pontuação final da criança C3 na Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	70
<b>Tabela 12</b> – Desempenho Ocupacional criança C4 <b>ANTES</b> da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	70
<b>Tabela 13</b> - Desempenho Ocupacional criança C4 <b>DEPOIS</b> da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	72
<b>Tabela 14</b> - Pontuação final da criança C4 na Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	72
<b>Tabela 15</b> – Animal doméstico em casa .....	77
<b>Tabela 16</b> - Pontuação e nível de sobrecarga.....	83
<b>Tabela 17</b> - Diferença no Nível de Sobrecarga entre a Pré e a Pós Intervenção .....	84
<b>Tabela 18</b> – Percepção das mães sobre sobrecarga entre a Pré e a Pós Intervenção .....	84

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Comparação pré e pós-intervenção dos escores de desempenho ocupacional das crianças em relação ao Índice de Mudança Confiável (IMC) .....	75
<b>Gráfico 2</b> - Comparação pré e pós-intervenção dos escores de desempenho ocupacional das crianças em relação a Significância Clínica (SC).....	76

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAA- Atividade Assistida por Animais

C - Compareceu

COPM - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

CMOP-E - Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento

D – Desempenho

EAA- Educação Assistida por Animais

F - Faltou

C - Criança

IAA – Intervenções Assistidas por Animais

M - Mãe

S - Satisfação

SAA – Serviços Assistidos por Animais

TAA - Tratamentos Assistidos por Animais

TEA - Transtorno do Espectro Autista

USE - Unidade Saúde Escola

VHA - Vínculo Humano-Animal

# SUMÁRIO

## APRESENTAÇÃO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 O vínculo humano-animal .....	18
1.2 Serviços Assistidos por Animais: histórico e terminologia.....	19
1.3 Terapia Ocupacional Assistida por Animais no Transtorno do Espectro Autista .....	27
1.3.1 Transtorno do Espectro Autista: definições, causas e consequências.....	27
1.3.2 Produção de Conhecimento sobre Terapia Assistida por Animais com Cães para Crianças no Transtorno do Espectro Autista.....	35
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	42
2.1 Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento (CMOP-E) .....	42
2.1.2 Desempenho Ocupacional de Crianças no Transtorno do Espectro Autista.....	45
2.2 Perspectivas Teóricas sobre Sobrecarga de Mães de Filhos no Transtorno do Espectro Autista .....	47
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	49
<b>4 PERGUNTAS DE PESQUISA</b> .....	50
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	50
5.1 Objetivo Geral .....	50
5.2 Objetivos Específicos .....	50
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	51
6.1 Método .....	51
6.2 Caracterização dos Participantes .....	52
6.2.1 Participantes da intervenção: terapeuta e cão .....	52
6.2.2 Participantes do estudo: mães e crianças .....	54
6.3 Procedimentos para Coleta dos Dados .....	55
6.4 Instrumentos para Coleta de Dados.....	56
6.1.4 Relatórios de Ação.....	56
6.2.2 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).....	56
6.2.3 <i>Zarit Burden Interview Scale</i> –Versão Brasileira.....	57
6.2.5 Roteiro para entrevista com as mães .....	57
6.5 Procedimentos para Análise dos Dados .....	58

<b>7 RESULTADOS</b> .....	62
7.1 Informações gerais sobre as crianças, problemas funcionais para o desempenho ocupacional pré e pós-intervenção, objetivos e planos terapêuticos com a incorporação do cão .....	62
7.2 Análise dos escores de desempenho ocupacional pelo Método JT .....	73
7.3 Compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães e mudanças que observaram nos componentes de desempenho ocupacional dos filhos(as).....	76
7.3.1 Tema 1: Interação e vinculação entre crianças e animais.....	77
7.3.2 Tema 2: Desenvolvimento de habilidades funcionais, sociais e emocionais .....	78
7.3.3 Tema 3: Compreensão da Terapia Ocupacional Assistida por Cães mudanças observadas e recomendação da intervenção das mães para outras mães e/ou pais ...	81
7.4 Sobrecarga materna: uma comparação com o antes e depois da Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	83
<b>8 DISCUSSÃO</b> .....	<b>85</b>
<b>9 CONCLUSÃO</b> .....	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>95</b>
APÊNDICE I - Roteiro para entrevista semi-estruturada com as mães - Terapia Ocupacional Assistida por Cães .....	106
ANEXO I – Termo Consentimento Livre e Esclarecido .....	108
ANEXO II – Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).....	111
ANEXO III <i>Zarit Burden Interview Scale</i> –Versão Brasileira .....	117

## APRESENTAÇÃO

Em 2010 terminei a graduação em Psicologia e as oportunidades, e principalmente necessidades impostas pela vida, me levaram a um caminho que até então era apenas mais uma oportunidade de conhecimento, mas não algo que queria exercer por muito tempo. Fui trabalhar na área de Recursos Humanos que me agregou muito enquanto pessoa, enquanto empatia, generosidade e acolhimento com o próximo. Mas, após 8 anos trabalhando nesse segmento sentia a necessidade de retornar aos estudos para me encontrar de novo na escolha da profissão que fiz, pois já estava muito afastada dela.

Foi quando em 2019 prestei o processo seletivo para mestrado no Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional na UFSCar, porém um programa que não era da minha área de formação. Apesar de iniciar os estudos em época de pandemia, pude agregar muito conhecimento mesmo com as aulas remotas, o que me fez ter mais certeza que Psicologia e Terapia Ocupacional se entrelaçam em busca do bem estar humano, e que isso, poderia abrir novos caminhos de conhecimento científico e novas oportunidades para mim.

Antes mesmo de defender meu mestrado eu já tinha certeza que queria continuar ali, naquele mesmo lugar que me acolheu muito bem e dar início ao doutorado. Dessa forma, em 2022 embarquei nessa nova aventura, ainda trabalhando com as mães, mas agora estudando uma nova intervenção que era pouco conhecida por mim, a Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

Ao longo desses quatro anos tive a oportunidade de agregar conhecimento científico, conviver com as alunas de graduação onde realizei estágio docente e sobretudo não deixar de lado minha formação acadêmica enquanto psicóloga, pois durante a coleta de dados com as mães da pesquisa pude ter uma escuta mais empática e acolhedora, já que muitas vezes a conversa vai além do que se espera da pesquisa.

Nesse caminho o propósito sempre foi, e será, estar em busca de evidências científicas que possibilitem acolher e compreender as características individuais de cada criança com transtorno do neurodesenvolvimento, para que assim possam se desenvolver da melhor maneira e conseqüentemente atingir aqueles que estão à sua volta.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 O vínculo humano-animal

Como parte da cosmologia ocidental, mãe da própria ideia de evolução, o processo evolutivo e cultural dos seres humanos é demarcado por uma fronteira e diferenciação com as demais espécies (Leirner; Toledo, 1998). Registros referem que a aproximação de humanos com animais esteve atrelada a razões práticas em uma lógica utilitária imediata, e que a natureza foi continuamente considerada propriedade, patrimônio herdado e administrado pela humanidade (Margulis; Sagan, 2002).

A aproximação dos humanos com o chacal, antecessor dos cães, marca o início dos humanos colocarem em serviço próprio outro ser de forma que ambos se beneficiavam. Primeiramente, os cães assumiram papel fundamental na caça, na proteção de tropas em guerras, no transporte humano, de alimentos, medicamentos e/ou utensílios puxando trenós, etc. A partir de 1800, registros indicam uma transformação na forma dos humanos se relacionarem com os cães, a domesticação assumiu outro caráter, o cão passou a ser também classificado como animal de estimação (Thomas, 2001).

No ano de 1979, em Dundee, Escócia, surgiu oficialmente o termo vínculo humano-animal (do inglês *human-animal bond* - *HAB*) nos anais do grupo de trabalho voltado para o estudo do vínculo humano-animal de companhia (título original do anais *Proceedings of the Meeting of Group for the Study of Human-Companion Animal Bond*) (Fine; Beck, 2019).

Konrad Lorenz (etologista), Boris Levinson (psicoterapeuta considerado o precursor da terapia assistida por animais) e Leo Bustad (fundador da *Delta Society* — agora chamada *Pet Partners*) foram os pioneiros e influentes na definição e disseminação do termo vínculo humano-animal. Para Lorenz o vínculo humano-animal, ou seja, o desejo do ser humano de manter-se por perto de um animal, surge de um anseio por um vínculo com a natureza. Bustad referiu que o vínculo humano-animal estaria atrelado às emoções humanas de amor e amizade nas formas mais puras (Fine; Beck, 2019).

Segundo o *American Veterinary Medical Association's Committee on the Human-Animal Bond* (Comitê sobre o Vínculo Humano-Animal da Associação Médica Veterinária Americana) o vínculo humano-animal consiste no relacionamento mutuamente benéfico e dinâmico entre pessoas e outros animais por meio de comportamentos que favorecem a saúde e o bem-estar de ambos (Fine; Beck, 2019).

Assim, o vínculo humano-animal é considerado um fenômeno existente desde o momento em que os humanos começaram a domesticar os animais. A relação dos seres humanos com outras espécies satisfaz necessidades humanas que foram além das meramente econômicas e como resultado da forte conexão entre humano-animal, os animais foram adquirindo o papel de membro da família. Com isso, os animais de estimação têm ocupado um lugar significativo na vida das pessoas e a presença deles em casa têm promovido saúde e bem-estar, retardando o desenvolvimento e/ou progressão de doenças, ajudando a diminuir a ansiedade, a depressão, o estresse, estimulando conversas e interações sociais positivas aos humanos. Quanto mais parecida for a organização social e o sistema de comunicação entre as duas espécies (humana e animal), maior a chance de cada uma entender melhor a outra (Fine; Beck, 2019).

Uma perspectiva explicativa do vínculo-humano animal considera a associação entre a teoria da biofilia e teoria do apego, e pelas perspectivas teóricas relativas ao efeito de suporte social e de mudanças neuroendócrinas resultantes da interação entre humano e animal (Fine; Beck, 2019).

Por sua vez, a teoria da biofilia foi cunhada por Edward O. Wilson em 1984 em seu livro *“The Human Bond with Other Species”* e explica a necessidade inerente dos humanos de conexão com a natureza (montanhas, mar, espaços celestes, animais). Em adição, a teoria da biofilia refere que o cérebro humano é estruturado para prestar atenção seletiva a outros tipos de vida, ou seja, a outras espécies animais e as plantas. Assim, os humanos estão inatamente interessados em animais devido às forças evolutivas que tornaram a atenção seletiva aos animais benéfica para a sobrevivência humana. A teoria da biofilia reconhece que o interesse natural dos seres humanos por outras formas de vida depende também da história pessoal de vida, da cultura, educação e condições socioeconômicas (Fine *et al.*, 2019).

A teoria do apego desenvolvida por Bowlby em 1969, trata da necessidade dos humanos de se proteger e serem protegidos, sendo que o comportamento de apego é qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa se aproximar e permanecer com outra pessoa identificando-a como a mais capaz de lidar com o mundo. Portanto, o apego é uma espécie de vínculo no qual uma pessoa tem um senso de segurança estreitamente ligado a outra, e por isso, o apego tem uma função biológica de proteção (Fine, 2019). A pessoa, figura de apego, proporciona com a sua presença um relacionamento de segurança e conforto, uma “base segura” para a existência da pessoa no mundo (Ramires; Schneider, 2010).

A literatura indica que os seres humanos buscam suporte social para auxiliá-los a se adaptarem mediante situações difíceis, e que o suporte social é uma base para o funcionamento

saudável e a saúde mental. Os animais de estimação constituem fonte de apoio sem julgamento na medida em que estão sempre disponíveis, não se importando com as condições materiais, status social, habilidades ou limitações físicas/sociais que os humanos possam ter (Fine; Beck, 2019).

Além disso, a literatura também refere que a interação com animais causa mudança no sistema neuroendócrino, especificamente na ativação da ocitocina que junto com a dopamina, serotonina e endorfina, aumentam as sensações de bem-estar e diminuem nível de cortisol, o que consequentemente diminui a pressão arterial, ameniza os sintomas do estresse e da ansiedade (Fine; Beck, 2019).

Entretanto, existem outras perspectivas acerca do vínculo humano-animal, como a oriunda da era Antropoceno, que, segundo Bruno Latour (2019), revela o colapso das antigas fronteiras entre natureza e sociedade, desafiando a visão moderna que situava os animais como objetos passivos, apartados da política, da cultura e da ética. Como enfatiza Latour (2014), a natureza não pode mais ser tratada como um pano de fundo neutro, mas como parte ativa da vida social e política. Nesse contexto, o Antropoceno nos convoca a repensar os vínculos com os animais não como relações de dominação ou utilidade, mas como relações de responsabilidade mútua (Latour, 2019). Esse pensamento ecoa também nas reflexões de Donna Haraway (2016), que propõe a ideia de “fazer parentes” com os seres mais-que-humanos, reconhecendo o entrelaçamento ético entre espécies. Assim, o vínculo humano-animal passa a ser compreendido como uma prática relacional e situada, que desafia a separação entre o humano civilizado e o animal naturalizado, e abre espaço para uma ética compartilhada de cuidado e co-presença no mundo (Haraway, 2016; Latour, 2014, 2019).

A interação e vinculação entre humanos e cães foi fundamentada a partir de outros marcos teóricos como o modelo sistêmico de Maturana na tese de Faraco (2008) e a teoria do objeto transicional de Winnicott no estudo de Delarissa (2003).

Diante do exposto, no campo das interações humano-animais, especificamente das Intervenções Assistidas por Animais (Fine; Tedeschi; Elvove, 2019), recentemente redenominadas para Serviços Assistidos por Animais (Johnson *et al.*, 2024), tem-se o vínculo humano-animal, como fundamento que teoricamente respalda a sua concretização e os benefícios em termos terapêuticos, educacionais, no bem-estar e saúde.

A seguir, apresenta-se o histórico e as mudanças terminológicas relativas aos Serviços Assistidos por Animais para posteriormente a ênfase em um tipo específico de tratamento assistido, a terapia ocupacional assistida por cães.

## 1.2 Serviços Assistidos por Animais: histórico e terminologia

De acordo com a literatura, é antiga a presença de animais como parte do tratamento de pessoas com diferentes patologias e acometimentos. Como por exemplo, no ano de 1792 uma instituição para pessoas com transtornos mentais em Retiro York, na Inglaterra, colocava animais em contato direto para serem cuidados pelos pacientes, o que repercutiu em resultados positivos nos tratamentos. Durante o século 19, na Alemanha e Inglaterra, os animais estavam cada vez mais presentes nos tratamentos com pacientes psiquiátricos, contudo durante o século 20 essas práticas com animais foram substituídas com o surgimento do modelo biomédico e respectiva medicina científica (Serpell, 2019).

A partir de 1960, o psiquiatra Boris Levinson passou a incluir seu próprio cão “Jingles” em sessões de terapia infantil, pois verificou que com ele criava-se um ambiente mais descontraído para as crianças, encorajando-as a autorrevelação, que se instaurou pela primeira vez o termo “terapia de animais de estimação”. Levinson, observou durante uma sessão de terapia que uma criança que não falava começou a conversar com seu cachorro, resultando no pensar sobre os prováveis benefícios da inclusão do cão como um facilitador entre terapeuta e paciente. Esta prática de Levinson resultou em 1969 na publicação do livro “*Pet-Oriented Child Psychotherapy*” considerado o início oficial da investigação científica sobre o poder dos animais no tratamento de pessoas e de programas de terapia assistida (Serpell, 2019).

Com a visibilidade do trabalho de Levinson, vários profissionais de diversos países passaram a incorporar animais nos processos terapêuticos, dentre estes destaca-se os pesquisadores da *Ohio State University*, Samuel Corson e Elizabeth O’Leary Corson, que estudaram empiricamente a presença de cães nos atendimentos aos pacientes do Hospital Psiquiátrico *Upham Hall* nos anos 70. Corson e Corson constataram que a interação com os cães favorecia a comunicação dos pacientes e proferiram o termo “lubrificante social” como resultado da interação entre uma pessoa e um animal em um processo de terapia (Fine *et al.*, 2019).

No Brasil, em 1950, a psiquiatra Nise da Silveira também favoreceu em seus atendimentos a interação entre os pacientes do Hospital Psiquiátrico Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, com gatos e cães que residiam no hospital. Nestes atendimentos, Nise observou uma vinculação que surgia entre os pacientes e os animais, sendo que estes se tornavam um ponto de referência no mundo externo o que facilitava a retomada do contato do paciente com a realidade (Squilasse; Squilasse Junior, 2018).

Nas décadas de 70, 80 e 90, houve a continuidade e intensificação da incorporação de animais em atendimentos terapêuticos em distintas áreas e campos de conhecimento por todo o mundo, o que culminou em diferentes termos, definições e modos de fazer, ocasionando um dissenso nas terminologias e na prática (Fine *et al.*, 2019).

Em 2006, com foco na padronização terminológica e demarcação dos princípios e fundamentos, Krueger e Serpell (2006) apresentam o termo Intervenções Assistidas por Animais (IAA) enquanto categoria de intervenção que incorpora um animal, a qual classificou-se em três tipos conforme seus objetivos intrínsecos: Terapia Assistida por Animais (TAA), Atividade Assistida por Animais (AAA) e Educação Assistida por Animais (EAA) (López-Cepero, 2020; Kruger; Serpell, 2006). Tal classificação foi reconhecida e descrita pelas organizações de representatividade mundial no campo das interações humano-animal a saber *International Association of Human Animal Interaction Organizations* (IAHAIO, 2018) e *Animal-Assisted Intervention International* (2022).

Nesta classificação terminológica a TAA consiste na incorporação de um animal como parte integrante do processo terapêutico, sendo este organizado e implementado por um profissional da área da saúde e/ou ciências humanas (por exemplo terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, dentre outros), cujos objetivos terapêuticos são definidos após avaliação da pessoa a ser assistida e posteriormente reavaliados registrando-se os resultados alcançados. Já a AAA consiste na realização de uma atividade ou visitação planejada e conduzida por um humano e um animal para fins motivacionais e recreativos da pessoa assistida, não requerendo que seja um profissional da saúde ou das ciências humanas pois não possui caráter terapêutico. Por fim, a EAA é planejada e concretizada por profissionais licenciados/bacharelados em Pedagogia e/ou Educação Especial e/ou para atuar como professor de uma disciplina específica, sendo que o animal consiste um recurso pedagógico para o processo de ensino e aprendizagem, para a socialização na vida escolar, para atingir objetivos acadêmicos, para funcionamento de habilidades sociais e cognitivas (IAHAIO, 2018; Kruger; Serpell, 2006).

Independente de qual tipo de intervenção desta classificação terminológica, as pessoas devem ter formação para a prática o que inclui conhecimento sobre comportamento animal, socialização e treinamento animal, indicadores de saúde, bem-estar e estresse do animal, formas de atendimento às necessidades do animal envolvido, habilidades sociais e de comunicação para com as pessoas e animal, entre outros. Além disso, o animal deve possuir temperamento e comportamentos correspondentes com o tipo de intervenção (IAHAIO, 2018; Kruger; Serpell, 2006).

Apesar da vigência desta classificação terminológica, persistiram inconsistências sobre a descrição das práticas na literatura profissional e na mídia, o que representaram a inexistência de padrões de prática que garantiam a qualidade e adequação dos tipos de interações humano-animal (Johnson *et al.*, 2024).

Johnson *et al.* (2024) publicaram uma proposta de nova terminologia diante desta persistente necessidade de uniformizar terminologicamente para consequentemente respaldar os conhecimentos especializados para cada tipo de prática que envolve a incorporação de animais. A proposta começou a ser elaborada em 2020 por grupos de trabalho da *Animal-Assisted Intervention International* (AAII) e a *International Association of Human Animal Interaction Organizations* (IAHAIO).

A nova proposta é que o termo Serviços Assistidos por Animais (SAA) substitua o IAA como o termo geral para o espectro de práticas nas quais os animais são incluídos em vários papéis para o benefício dos humanos. Os SAA são definidos como práticas, programas e serviços mediados, guiados ou liderados por pessoas que incorporam animais especialmente qualificados em processos terapêuticos, educacionais, de apoio e/ou de melhoria que visam fomentar o bem-estar dos humanos, garantindo ao mesmo tempo o bem-estar dos animais envolvidos nessas práticas. Em adição, os SAA constituem uma categoria dentro das interações humano-animal, na qual o vínculo humano-animal (do inglês *human-animal bond* - HAB) definido como um relacionamento mutuamente benéfico e dinâmico entre pessoa e animal, sendo influenciado por comportamentos considerados essenciais para a saúde e bem-estar de ambos (AVMA, 1998) pode ou não se desenvolver, dependendo do processo especializado que está sendo facilitado e da experiência subjetiva do profissional, receptor e do(s) animal(ais). Alguns SAA desenvolvem intencionalmente o (potencial para) vínculo humano-animal para facilitar a mudança no cliente. Outros SAA incluem interações com animais onde o vínculo humano-animal pode não se desenvolver, no entanto, outros mecanismos envolvendo animais e apoiando a mudança estão envolvidos (como observar um grupo de cavalos para projetar e refletir sobre a dinâmica familiar de um cliente). Firmemente incorporado na definição de SAA está uma ênfase na necessidade de práticas adequadas de bem-estar animal em todas as categorias” (Johnson *et al.*, 2024, tradução nossa)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> We propose that the term animal-assisted service (AAS) replace AAI as the umbrella term for the full spectrum of practices in which animals are included in various roles for the benefit of humans. AAS are defined as the mediated, guided or facilitator-led practices, programs and human services that incorporate specially qualified animals into therapeutic, educational, supportive and/ or ameliorative processes aimed at enhancing the well-being of humans while ensuring the welfare of the animals involved in these practices (...) In AAS, the human-animal bond (defined as a mutually beneficial and dynamic relationship between people and animals that is influenced by behaviors considered essential to the health and wellbeing of both, AVMA, 1998) may or may not develop,

Nesta nova terminologia, os SAA são classificados em: Tratamento Assistido por Animais, Educação Assistida por Animais e Programas de Apoio Assistido por Animais (Johnson *et al.*, 2024). Na figura 1 abaixo descreve-se cada tipo de SAA e suas diferenças.

**Figura 1** - Exemplos de serviços assistidos por animais que incluem áreas de foco e distinções.



Fonte: Adaptado de Johnson *et al.* (2024) para o português.

O Tratamento Assistido por Animais (TAA) substitui o termo Terapia Assistida por Animais (TAA) e por isso se refere às diferentes modalidades de tratamento profissional seja de saúde mental ou física para as quais a incorporação de animais, direta ou indiretamente, é um componente crítico da abordagem de tratamento do profissional. Em inglês a abreviação é AATx, este termo foi escolhido porque é uma abreviação médica comum para o termo tratamento e é reconhecido em fontes médicas aceitas, como o *The American Heritage*

depending on the specialized process being facilitated and the subjective experience of the professional, recipient and animal(s). Some AASs intentionally develop the (potential for) human-animal bond to facilitate change in the cliente. Other AASs include interactions with animals where the human-animal bond may not develop, however, other mechanisms involving animals and supporting change are involved (such as observing a group of horses to project and reflect on a client’s family dynamics). Firmly embedded in the definition of AAS is an emphasis on the need for proper animal welfare practices across all categories.

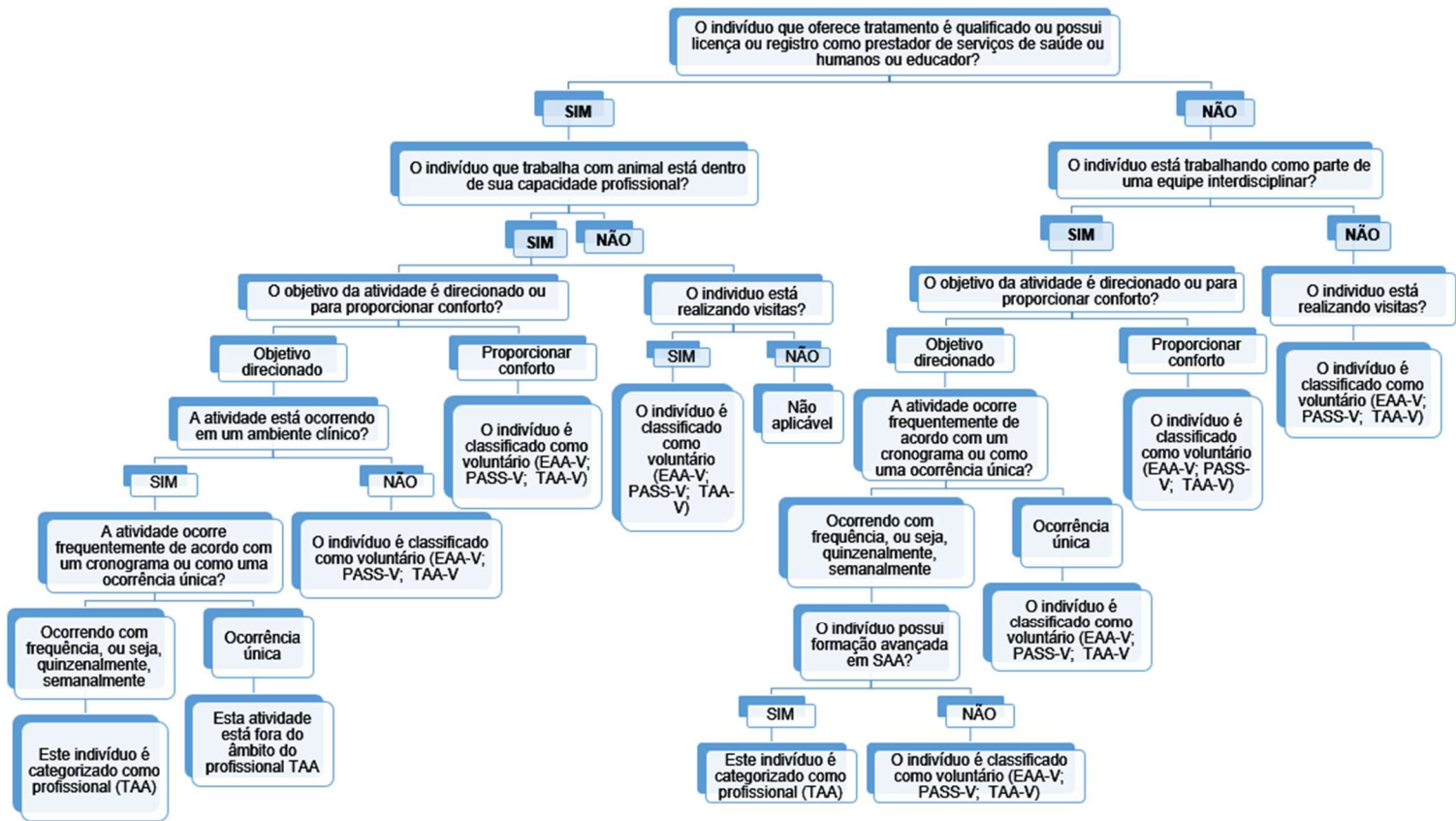
*Stedman's Medical Dictionary* (Stedman, 2004) (por exemplo, Tx para tratamento, Dx para diagnóstico, Hx para histórico, etc.) (Johnson *et al.*, 2024).

Segundo Johnson *et al.* (2024) o termo tratamento é mais inclusivo para todas as profissões que realizam uma variedade de tratamentos em saúde mental e/ou física, sendo que cada profissional em seu escopo profissional subscreve as metas e técnicas definidas e aceitas pela própria profissão e disciplina específica, bem como o tipo e nível de treinamento e competências profissionais/acadêmicas que são necessárias para o licenciamento e/ou acreditação para a profissão específica no país em que o serviço é realizado.

O TAA constitui uma abordagem de tratamento a ser escolhida pelo profissional a partir de uma justificativa clínica clara. Os profissionais ao escolherem o TAA devem praticá-lo dentro do escopo de sua profissão (por exemplo, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.) e com a população-alvo para essa profissão, de acordo com os padrões, competências e ética da prática profissional em conformidade com os do país em que é praticado. Portanto, um profissional que concretiza o TAA deve ser primeiro habilitado em uma profissão (por exemplo, terapia ocupacional, psicologia) e depois na área especializada de TAA por exemplo, terapia ocupacional assistida por animais, psicoterapia assistida por animais, fonoaudiologia assistida por animais (Johnson *et al.*, 2024).

A formação em TAA inclui o conhecimento teórico e prático sobre o vínculo humano-animal, saúde e bem-estar animal, considerações éticas sobre o animal, bem como a teoria e metodologia prática da disciplina específica que será concretizada, por exemplo em terapia ocupacional assistida por um animal. Cada país deverá disponibilizar cursos e cada profissional deve realizar tal formação e treinamento antes de incluir a modalidade de especialidade em sua prática. Um grupo de trabalho está se dedicando na elaboração das melhores práticas para a formação e treinamento de profissionais que desejam incluir animais em tratamentos, na educação e/ ou em serviços. Dependendo da especialidade de TAA, o profissional pode trabalhar em colaboração com um profissional especializado em comportamento animal, sendo recomendado que também tenha frequentado cursos relacionados ao campo específico do TAA (Johnson *et al.*, 2024). Na figura 2 abaixo apresenta-se os determinantes para especificar o profissional que proverá um tipo de TAA.

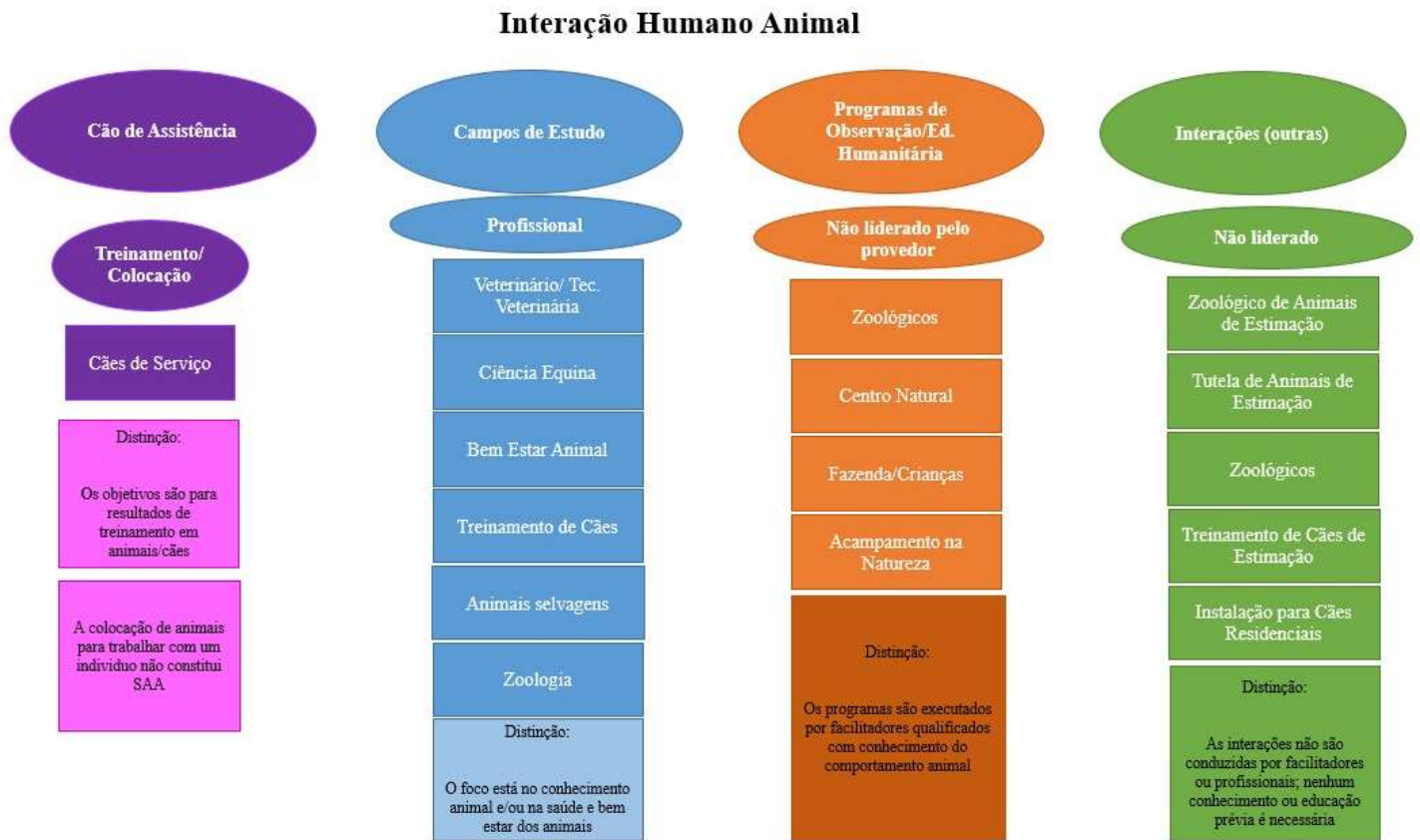
Figura 2 - Determinantes para um profissional provedor de TAA.



Fonte: Adaptado de Johnson *et al.* (2024) para o português.

Johnson *et al.* (2024) na proposta de nova terminologia informam quais tipos de interações humano-animal não são se constituem um dos tipos de Serviços Assistidos por Animais, conforme figura 3 abaixo:

Figura 3 - Interação Humano-Animal.



Fonte: Adaptado de Johnson *et al.* (2024) para o português.

Como referido, o TAA pode ser realizado pelo terapeuta ocupacional visando promover a saúde física, emocional e social ao incorporar um animal no processo terapêutico. Para tal, o processo deve ser guiado a partir de objetivos, planejamento, estruturação e documentação. Em adição, o animal deverá sempre estar sob responsabilidade de um profissional, sendo que antes de cada sessão é necessário definir as metas que espera-se alcançar ao incorporar o animal com respectiva documentação de todas as sessões para avaliação das melhorias (Fine, 2019).

Antes de incorporar um animal em um tratamento, o profissional deve considerar quais os benefícios de tal prática para a pessoa assistida, se esta pessoa é compatível, ou seja, não tem alergia ou fobia ao animal nem propensão à agressividade, e quais estratégias devem ser aplicadas para concretização do TAA (Fine, 2019). Os animais devem proporcionar oportunidades para a estimulação e desenvolvimento de aquisições e habilidades, para fomentar mudanças de comportamentos, desempenhando um papel direto no efeito terapêutico do tratamento (Macnara *et al.*, 2019).

O TAA pode ser realizado com diversos animais, desde que não ofereçam nenhum risco às pessoas (Leandro; Alexandrino, 2021). O cão tem sido um dos animais incorporados em

TAA por sua natureza afiliativa aos seres humanos e maior facilidade na aquisição de comportamentos por meio de treinamento. De acordo com a literatura, o cão atua na TAA favorecendo melhora nas habilidades físicas, cognitivas, funcionais, sociais, de comunicação e interação das pessoas, com respectivo aumento do grau de independência e autonomia na realização das atividades de vida diária (Şahin *et al.*, 2018).

No TAA, o cão pode ter uma participação de forma ativa ou indireta. Na forma ativa, o cão faz algo e/ou algo é feito com ele/para ele, por exemplo jogar bola para o cão buscar com o objetivo de estimular coordenação motora global e visomotora para o arremesso; escovar os dentes do cão com o objetivo estimular autonomia e independência de crianças para escovar os próprios dentes; dar água ou comida com o objetivo de estimular coordenação motora fina e independência para realizar atividade similar para si próprio, levar o cão para passear e subir com ele escada e rampa com o objetivo de estimular coordenação motora global, equilíbrio e a deambulação. Por outro lado, na forma indireta o cão não está presente fisicamente mas sim por meio de atividades que remetem à ele, por exemplo: colorir ou fazer um desenho do cão com finalidade de trabalhar habilidades da coordenação motora fina como pegar o lápis, preensão e precisão motora; um quebra-cabeça ou jogo da memória com imagem do cão com o objetivo de estimular atenção, concentração, raciocínio lógico, resolução de problemas e memória; escrever histórias sobre o cão para desenvolver habilidades sociais e regulação emocional (Hill *et al.* 2020d).

Importante ressaltar que o terapeuta deve ser capaz de dividir sua atenção com o cão e a pessoa atendida, fornecendo o suporte necessário para que ocorra uma interação segura, saudável e benéfica para ambos (Hill *et al.* 2020d).

De acordo com as diretrizes da *International Association of Human Animal Interaction Organizations* (IAHAIO, 2018) e da *Pet Partners* (Pet Partners, 2023), organizações de representatividade mundial na área das interações humano-animal e das intervenções assistidas por animais, tanto o profissional quanto o cão necessitam de competências para atuarem no TAA.

Os requisitos para o profissional abrangem um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, analisados por uma das organizações responsáveis pela formação e registro dos praticantes no TAA. Em termos de conhecimentos, é essencial compreender as características sobre a raça, espécie, fisiologia e comportamento do animal incorporado, além de formas de prover e garantir o bem-estar e a saúde do animal. Ademais, é indispensável que o profissional disponha de conhecimentos sobre histórico, terminologia, fundamentos e princípios específicos dos TAA articulados à área de atuação do profissional, bem como os princípios de

socialização e treinamento positivo e não coercivo do animal. Quanto às habilidades, o profissional terá de ser hábil para agir na prevenção do estresse e esgotamento animal provendo suas necessidades de descanso, hidratação, nutrição e evacuação. Além disso, deverá ser capaz de avaliar a adequação do animal no contexto terapêutico de cada pessoa a ser assistida, o que exige avaliação prévia da pessoa, definição dos objetivos terapêuticos e seleção e implementação das estratégias e atividades em cada sessão, como reavaliação constante dos resultados e redefinição dos objetivos terapêuticos. Em relação às atitudes, o profissional é responsável tanto pelo animal incorporado na terapia como pelas pessoas assistidas, necessitando basear sua prática nos preceitos éticos de sua profissão em associação com os do TAA (IAHAIO, 2018; Figueiredo; Alegretti; Magalhães, 2021; *Pet Partners*, 2023).

Segundo a *Pet Partners* (2023), o cão do TAA tem de possuir uma combinação de características e habilidades a saber temperamento afiliativo, treinamento básico e comportamentos confiáveis, previsíveis e direcionáveis. O temperamento afiliativo é uma característica da natureza da maioria dos cães evidenciada pela espontaneidade na aproximação e interação amável com os seres humanos, até mesmo com desconhecidos. Essa demonstração genuína de desejo de interagir e desfrutar das interações é presenciado na linguagem corporal canina, que deverá expressar sinais de calma, satisfação e confiança, como por exemplo boca em w, olhos e orelhas relaxados, abanando o rabo relaxadamente, não vocalizar, não pular sobre as pessoas e equipamentos, a não ser por pedido do profissional, não ficar lambendo e/ou mordendo as pessoas.

O treinamento básico deve ser fundamentado no método positivo e nunca coercitivo, estando o cão treinado para responder aos comandos para sentar, deitar, ficar, vir na direção do profissional e deixar/devolver objetos. Esse treinamento é necessário para que o cão se mantenha calmo, equilibrado e com comportamentos confiáveis, previsíveis e direcionáveis mesmo em situações dinâmicas e/ou inesperadas, participando ativamente das tarefas. Comportamento confiável é um termo que refere-se a um cão com temperamento e treinamento sólidos, cujas reações podem ser previstas com segurança, como por exemplo: o cão caminha com a guia relaxada/solta pelo corredor de um local em que está trabalhando perto do profissional, pois quando ao avistar pessoas o cão não arrastará o profissional e nem puxará a guia, não pulará nas pessoas, não latirá e irá aceitar carinho de qualquer pessoa. O comportamento previsível é um termo que retrata o cão cujas reações são previsíveis e dentro de uma faixa aceitável, por exemplo: o profissional está ciente que o cão pode se assustar com uma porta automática abrindo repentinamente, mas tem a certeza de que ele não irá latir, o profissional reconhece que o cão poderá querer interagir ao avistar outro cão, mas está ciente

que ele não irá latir ou puxar a guia, o profissional ao estar ciente de que o cão pode choramingar ao ver outro cão que quer interagir com ele, o profissional emite comandos verbais para prevenir o choramingo, informando o animal que ele terá a oportunidade de interagir. Comportamento direcionável consiste no termo que descreve um animal segue responsivo às dicas da pessoa que o conduz a intervenção, inclusive em uma situação estranha ou de emergência, por exemplo: ambientes em que pessoas entram pela porta gritando/empurrando carrinhos barulhentos, o cão permanece calmo (sem latir, rosnar ou puxar) devido ao fato do profissional ao olhar na altura dos olhos do cão emitir falas que o auxiliam a manter-se calmo e/ou passar a mão em seu dorso e/ou oferecer um petisco. A força do vínculo entre o profissional e o cão permite que o profissional antecipe possíveis reações do animal em determinadas situações, o que possibilita a adoção de medidas que garantem uma resposta confiável e mantém o cão direcionável (*Pet Partners*, 2023).

### **1.3 Terapia Ocupacional Assistida por Animais no Transtorno do Espectro Autista.**

Para explicar sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães junto a população no Transtorno do Espectro Autista, primeiro faz-se necessário apresentar e descrever sobre estes tipos de acometimentos que causam transtornos do neurodesenvolvimento. Desta forma, este subcapítulo será dividido em duas seções, a saber 1.3.1 Transtorno do Espectro Autista: definições, causas e consequências e 1.3.2 Produção de Conhecimento sobre Terapia Assistida por Animais com Cães para Crianças no Transtorno do Espectro Autista.

#### **1.3.1 Transtorno do Espectro Autista: definições, causas e consequências.**

Em 1943, o psiquiatra austríaco naturalizado norte-americano Leo Kanner publicou o artigo *Autistic Disturbances of Affective Contact*, considerado o marco inaugural da conceituação do autismo como um transtorno distinto no campo da psiquiatria infantil. No estudo, Kanner descreveu 11 crianças que apresentavam um padrão comportamental até então não categorizado pela medicina. As principais características observadas incluíam um isolamento social profundo desde os primeiros meses de vida, a busca excessiva por rotinas e a resistência intensa a mudanças no ambiente, além da presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos. Esses traços foram descritos por ele como manifestações de uma “incapacidade inata de estabelecer relações afetivas normais com as pessoas” (Kanner, 1943).

Outra característica identificada foi o uso atípico da linguagem. Algumas das crianças não desenvolviam a fala, enquanto outras apresentavam ecolalia (repetição automática de palavras ou frases), inversão de pronomes e dificuldade em utilizar a linguagem para fins comunicativos e sociais. Ao contrário de outras condições psiquiátricas da época, Kanner enfatizou que os sintomas do autismo estavam presentes desde o nascimento e não representavam uma perda de habilidades previamente adquiridas. Além disso, chamou atenção para a presença de ilhas de habilidades preservadas ou acentuadas, como memória excepcional para detalhes, números ou datas, sugerindo um perfil cognitivo descompassado (Kanner, 1943).

A partir dessa descrição clínica minuciosa, Kanner denominou esse conjunto de manifestações como “autismo infantil precoce”, diferenciando-o da esquizofrenia infantil, com a qual frequentemente era confundido. Sua abordagem contribuiu de maneira significativa para o reconhecimento do autismo como uma entidade nosológica própria, influenciando diretamente os manuais diagnósticos nas décadas seguintes (Kanner, 1943).

Os critérios utilizados para o diagnóstico do autismo sofreram diversas modificações ao longo do tempo, refletindo avanços nas pesquisas e nas compreensões clínicas sobre o transtorno. Essas mudanças foram sistematizadas nos principais manuais de classificação nosológica utilizados mundialmente: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), elaborado pela *American Psychiatric Association*, e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), publicada pela Organização Mundial da Saúde (Fernandes; Tomazelli; Girianelli, 2020).

Inicialmente, o DSM-I (1952) e o DSM-II (1968) associavam o autismo à esquizofrenia infantil, influenciados por concepções psicanalíticas. A partir do DSM-III (1980), o autismo foi reconhecido como diagnóstico próprio, nomeado “Transtorno Autista” e incluído nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), com critérios descritivos baseados em evidências. Essa abordagem foi mantida e refinada nas edições seguintes, até o DSM-5 (2013), quando o termo Transtorno do Espectro Autista (TEA) passou a englobar diferentes subtipos anteriormente separados, como Síndrome de Asperger e autismo atípico, com foco em níveis de gravidade. De forma paralela, a CID também evoluiu: na CID-6 (1950), o autismo foi vinculado às perturbações esquizofrênicas, sendo apenas na CID-10 (1993) que apareceu como autismo infantil e atípico entre os Transtornos Globais do Desenvolvimento. Com a CID-11 (2018), houve a consolidação do termo TEA, seguindo o modelo do DSM-5 e reforçando a perspectiva dimensional do transtorno (Fernandes; Tomazelli; Girianelli, 2020).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª. edição (DSM-5), os transtornos do neurodesenvolvimento são condições que se apresentam no início do

desenvolvimento infantil, geralmente antes do período escolar e instituem prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou ocupacional. As limitações decorrentes dos déficits de desenvolvimento são bem específicas na aprendizagem ou no controle das funções executivas, com prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência (APA, 2013).

Dentro desse grupo de condições, encontra-se o Transtorno do Espectro Autista (TEA) que é caracterizado por déficits na comunicação social e na interação social em diversos contextos, bem como, dificuldades em estabelecer uma nova conversa e permanecer nela, restrita demonstração de interesses e compartilhamento de emoções ou afeto, dificuldades na comunicação não verbal e manter contato visual, linguagem corporal com ausência de expressões faciais, dificuldades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, participar de brincadeiras e fazer amigos. Há também déficits relacionados aos padrões restritos e repetitivos de comportamento, de atividade e/ou de interesses, tais como, estereotípias motoras, ecolalia, inflexibilidade a novas rotinas, insistência em rituais, interesses focais em objetos ou atividades, hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (APA, 2013).

Diante disso, os déficits oriundos no TEA se apresentam desde o início da infância e ocasionam prejuízos significativos no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes na vida, sendo isso evidente a partir das características da pessoa e seu ambiente (APA,2013).

O DSM-5 classifica as pessoas no TEA conforme o nível de suporte que requerem, ou seja, quanto maior for a necessidade de suporte significa que maiores são os comprometimentos na comunicação social com acentuada presença de comportamentos restritivos e repetitivos, conforme apresenta-se no Quadro 1.

**Quadro 1** - Classificação TEA segundo DSM-5.

Nível de gravidade	Comunicação Social	Comportamentos restritivos e repetitivos
<b>Nível 3</b>  <b>"Exigindo apoio muito substancial"</b>	Déficitis graves na comunicação verbal e não verbal com grave prejuízo no funcionamento; grandes limitações na interação social com pouquíssimas respostas a situações sociais que partem dos outros.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou comportamentos restritivos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou ações
<b>Nível 2</b>  <b>"Exigindo apoio substancial"</b>	Déficitis graves na comunicação verbal e não verbal com prejuízos aparentes mesmo com a presença de apoio; limitações em iniciar interações sociais e resposta reduzida ou anormal a abertura sociais que partem de outras pessoas.	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com a mudança ou comportamentos restritivos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e inteferem no funcionamento em vários contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar de foco ou as ações.
<b>Nível 1</b>  <b>"Exigindo apoio"</b>	Na ausência de apoio, déficitis na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais com respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros; interesse reduzido em interações sociais.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização de planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: Adaptado do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5.

Diante aos níveis de apoio da classificação, destaca-se a importância da idade e do padrão de início das características no TEA, já que os sinais e sintomas podem ser reconhecidos a partir de 12 meses de vida. Alguns bebês podem apresentar falta de interesse em interações sociais logo no primeiro ano de vida e outras crianças podem apresentar regressão no desenvolvimento de forma gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais e uso da linguagem, frequentemente durante os dois primeiros anos de vida (APA, 2013).

Em crianças em idade pré-escolar, o TEA prejudica a aprendizagem pela dificuldade delas na interação social ou em contextos com outros colegas. Dentro de casa, a persistência em colocar rotinas e a aversão a mudanças, como também as sensibilidades sensoriais são capazes de afetar a alimentação, o sono e tornar os cuidados de rotina imensamente difíceis (por exemplo cortar o cabelo e ir ao dentista) (APA, 2013).

O TEA é diagnosticado quatro vezes mais em pessoas do sexo masculino do que feminino. Pessoas do sexo feminino apresentam mais predisposição à deficiência intelectual concomitante ao TEA, portanto se não houver um comprometimento intelectual ou atrasos da linguagem o TEA pode não ser identificado, em virtude da manifestação das dificuldades sociais (APA, 2013).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11) reuniu na nomenclatura Transtorno do Espectro Autista todos os diagnósticos que anteriormente eram classificados na CID 10 como Transtorno Global do Desenvolvimento (Autismo infantil, Autismo atípico, Síndrome de Asperger, Outro transtorno desintegrativo da infância, Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados, Outros transtornos globais do desenvolvimento e Transtornos globais não específicos do desenvolvimento) (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Dessa forma, o TEA ocorre durante a primeira infância, sendo que os sintomas podem não se manifestar totalmente até que surjam demandas sociais que excedam as capacidades limitadas. O transtorno justifica-se por déficits persistentes para iniciar e manter interação e comunicação social, e padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos, repetitivos e inflexíveis. Os déficits causam comprometimento na funcionalidade pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional e em outros domínios relevantes. De modo geral, esses comprometimentos são amplamente presentes no funcionamento do indivíduo e podem ser observados em diferentes contextos, embora sua expressão possa variar conforme o ambiente social, educacional ou outros. As pessoas no espectro apresentam uma ampla variedade de níveis de funcionamento intelectual e de habilidades linguísticas. (Organização Mundial da Saúde, 2022).

No Quadro 2 abaixo temos a classificação do TEA segundo o CID 11:

Quadro 2 - Classificação do TEA segundo o CID 11:

Código	Classificação	Descrição
6A02.0	Transtorno do Espectro do Autismo sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.	Todos os requisitos da definição de Transtorno do Espectro autista são preenchidos, não apresentam Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, há apenas comprometimento leve ou inexistente na capacidade do indivíduo de usar linguagem/comunicação funcional (falada ou sinalizada) para fins instrumentais, tais como para expressar necessidades ou desejos pessoais.
6A02.1	Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com leve ou nenhum comprometimento da linguagem funcional.	Todos os requisitos das definições tanto de Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Desenvolvimento Intelectual são preenchidos e há apenas comprometimento leve ou inexistente na capacidade do indivíduo de usar linguagem/comunicação funcional (falada ou sinalizada) para fins instrumentais, tais como para expressar necessidades ou desejos pessoais.
6A02.2	Transtorno do Espectro do Autismo sem Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e com linguagem funcional prejudicada.	Todos os critérios para transtorno do espectro autista são preenchidos, não apresenta Transtorno do Desenvolvimento Intelectual, porém há prejuízo marcante da linguagem/comunicação funcional (falada ou sinalizada) relativa à idade do indivíduo, que não é capaz de usar mais do que palavras isoladas ou frases simples para fins instrumentais, tais como para expressar necessidades e desejos pessoais.
6A02.3	Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e linguagem funcional prejudicada	Todos os critérios diagnósticos para Transtorno do Espectro Autista e para Transtorno do Desenvolvimento Intelectual são preenchidos e há prejuízo acentuado da linguagem/comunicação funcional (falada ou sinalizada) relativa à idade do indivíduo, que não é capaz de usar mais do que palavras isoladas ou frases simples para fins instrumentais, tais como para expressar necessidades e desejos pessoais.
6A02.5	Transtorno do Espectro do Autismo com Transtorno do Desenvolvimento Intelectual e ausência de linguagem funcional.	Desenvolvimento Intelectual são preenchidos, e há ausência completa ou quase completa de habilidade relativa à idade do indivíduo para usar linguagem/comunicação funcional (falada ou sinalizada) para fins instrumentais, tais como para expressar necessidades e desejos pessoais.

Fonte: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11).

Na revisão sistemática realizada por Carvalho *et al.* (2025) os autores tiveram como objetivo analisar clinicamente as características do Transtorno do Espectro Autista na atualidade, identificar as lacunas de conhecimento que sustentam a melhoria ou o agravamento dos pacientes e buscar esclarecer a maior parte das dúvidas a respeito desse tema. Os autores adotam a definição do TEA em conformidade com o DSM – 5 e também indicam que os primeiros sinais abarcam atraso na linguagem, falta de interesse social e padrões incomuns de comunicação e brincadeiras. A apresentação clínica é considerada bastante heterogênea, variando de dificuldades sutis à ausência de iniciativa social, geralmente ligadas a déficits na integração entre comunicação verbal e não verbal (Carvalho *et al.*, 2025).

Em adição, as crianças no TEA tendem a apresentar interesses restritos e intensos, com temas muito específicos, e enfrentam dificuldades para usar esses conhecimentos em interações sociais. Muitas crianças também possuem comprometimento intelectual e/ou de linguagem, além de um perfil cognitivo irregular. Déficits motores são comuns, como marcha atípica, estereotípias motoras e autolesão, já os movimentos motores e a fala se manifestam de maneira estereotipada ou repetitiva, como estereotípias motora, ecolalia (repetir palavras ou frases após serem ouvidas) e alinhamento de brinquedos ou girar objetos são frequentes, especialmente em

idades precoces, sendo indicadores de prognóstico reservado. As alterações sensoriais afetam diferentes modalidades, como sensibilidade auditiva (levar as mãos aos ouvidos para tamponar o som percebido como excessivamente alto, ou para ampliar o pavilhão auditivo e amplificar o som), tátil (tocar objetos com as pontas do dedo com a finalidade de explorar) e visual (fascínio por luzes, movimentos, giro do objetos). Além disso as alterações no contato visual e a linguagem corporal tendem a ser reduzidos, quando comparados ao de crianças típicas. O desenvolvimento e a manutenção de relações interpessoais costumam ser escassos, principalmente no contexto escolar, com preferência por atividades solitárias e dificuldades em brincadeiras simbólicas. Em casos mais graves, pode haver aparente desinteresse por outras pessoas (Carvalho *et al.*, 2025).

Os estudos sobre TEA nas décadas de 70 e 80 sugeriam que os fatores ambientais eram responsáveis pela causa principal do desenvolvimento do transtorno. Fato esse relacionado às dificuldades em que as pessoas no TEA tinham na comunicação, socialização e interesse, ou seja, essas pessoas praticamente não tinham relacionamentos e também quase não tinha filhos o que resultava como uma barreira para realização de estudos genéticos e o conhecimento de herdabilidade do fenômeno (Fernandes; Silva, 2023).

O TEA é uma condição complexa e geneticamente heterogênea, o que torna difícil a identificação da sua causa em cada indivíduo e o aconselhamento genético familiar. Nos últimos anos, avanços nas pesquisas genéticas e no diagnóstico molecular contribuíram para detectar alterações genéticas em cerca de 25% dos casos. A princípio acreditava-se que o TEA era causado principalmente por herança poligênica ou multifatorial, porém atualmente se reconhece que mutações raras com grande impacto no desenvolvimento neuronal também podem ser responsáveis isoladamente (Carvalho *et al.*, 2025).

Atualmente a hipótese mais aceita é de uma interação entre variantes genéticas comuns e raras, com mais de 400 genes e diversas variações no número de cópias (deleções ou duplicações) que estão associados ao risco do transtorno. Alterações neurobiológicas comuns em indivíduos no TEA sugerem uma relação com os comportamentos característicos da condição. Além dos fatores genéticos, fatores ambientais e comorbidades como disfunção mitocondrial, problemas imunológicos, estresse oxidativo e neuroinflamação crônica também contribuem para o desenvolvimento do TEA. Fatores de risco inespecíficos, como idade paterna avançada, baixo peso ao nascer e exposição ao ácido valpróico durante a gestação, também podem aumentar o risco do transtorno (Carvalho *et al.*, 2025).

O Transtorno do Espectro Autista está dentro de um espectro, ou seja, suas características podem se manifestar de diferentes formas em cada criança. A indicação para

avaliação do TEA, em grande parte dos casos está relacionada a observação, a partir do momento em que se observar os primeiros sinais e sintomas descritos acima, ou também por meio de relato de professores e pais que indicam um desenvolvimento incomum desde os primeiros meses de vida ou uma regressão do desenvolvimento que antes era normal (Caparroz; Soldara, 2022).

Em revisão integrativa realizada por Melo *et al.* (2022), os autores observaram que o TEA é elucidado a partir de três perspectivas: desenvolvimentista, cognitivista e neurodiversidade. Para a perspectiva desenvolvimentista o desenvolvimento típico é utilizado como referência para compreender trajetórias de desenvolvimento consideradas atípicas. A partir dessa visão, entende-se que a criança apresenta uma desordem ou transtorno do desenvolvimento, frequentemente relacionado a fatores biológicos. Já para a perspectiva cognitivista o foco recai sobre as dificuldades do indivíduo em compreender os estados mentais de outras pessoas, habilidade conhecida como teoria da mente. Na prática, as intervenções voltadas para esse público têm como objetivo estimular a percepção e a compreensão dos diferentes estados mentais dos interlocutores, bem como aprimorar as formas de expressão e comunicação da própria criança. Nos últimos anos, emergiu a perspectiva da neurodiversidade que identifica o TEA como uma deficiência, bem como também uma condição neurodiversa, e defende que todas as formas de funcionamento neurológico devem ser respeitadas. Assim, as intervenções terapêuticas não devem buscar a cura, mas sim potencializar habilidades, oferecer suporte socioemocional e desenvolver estratégias que considerem as demandas específicas de cada indivíduo em interação com seu ambiente (Brilhante, *et al.* 2021; Melo *et. al.*, 2022).

Dessa forma, no âmbito do direito à saúde, a perspectiva da neurodiversidade propõe uma abordagem que valorize a autonomia, a individualidade e, acima de tudo, a dignidade da pessoa no TEA. Isso requer que os serviços de saúde sejam adaptados às suas necessidades específicas, assegurando uma comunicação acessível, respeitando suas particularidades sensoriais e cognitivas, e promovendo sua participação ativa nas decisões relacionadas a tratamentos e intervenções (Silva, 2021).

Atualmente, segundo o Censo de 2022 publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 2025, o Brasil possui 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas no transtorno do espectro autista, o que corresponde a 1,2% da população. A prevalência do TEA foi mais elevada entre os homens (1,5%) em comparação às mulheres (0,9%), totalizando aproximadamente 1,4 milhão de homens e 1,0 milhão de mulheres diagnosticados por algum profissional de saúde (IBGE, 2025).

A prevalência de diagnóstico do TEA foi mais alta entre as faixas etárias mais jovens: 2,1% entre crianças de 0 a 4 anos, 2,6% entre 5 e 9 anos, 1,9% entre 10 e 14 anos e 1,3% entre adolescentes de 15 a 19 anos. Esses índices somam aproximadamente 1,1 milhão de pessoas no TEA entre 0 e 19 anos. Nos demais grupos etários, a prevalência variou entre 0,8% e 1,0%. Quando analisados em conjunto os dados de sexo e idade, observa-se maior prevalência entre os meninos de 5 a 9 anos: 3,8% da população masculina nessa faixa etária, o que corresponde a cerca de 264,6 mil indivíduos. Já entre as meninas da mesma idade, o percentual foi de 1,3%, totalizando 86,3 mil. Padrão semelhante foi identificado no grupo de 0 a 4 anos, com prevalência de 2,9% entre os meninos e 1,2% entre as meninas (IBGE, 2025).

### **1.3.2 Produção de Conhecimento sobre Terapia Ocupacional e a Terapia Assistida por Animais com Cães para Crianças no Transtorno do Espectro Autista.**

Com o objetivo de verificar o conhecimento científico relativo a Terapia Assistida por Animais com Cães para crianças no TEA e a terapia ocupacional, realizou-se uma revisão na literatura, de forma não sistematizada, consultando as bases *Google*, *Scielo*, *Café CAPES*, *PubMed* e *Lilacs* com os descritores “terapia assistida por animais”, “terapia ocupacional”, “cães”, “transtorno do espectro autista”, “*animal-assisted therapy*”, “*occupational therapy*”, “*dogs*” e “*autism spectrum disorder*”, combinado por meio do operador booleano *AND*. A busca foi realizada na produção científica publicada nos últimos 10 anos.

As publicações encontradas passaram pela leitura dos títulos e resumos, sendo selecionadas as que tratavam sobre Terapia Assistida por Animais com Cães para crianças no TEA tendo sido realizada por terapeutas ocupacionais ou que mencionasse sobre a prática deste profissional. Assim, considerou-se tanto publicações resultantes de pesquisa aplicada que relataram sobre a prática da terapia ocupacional assistida por cães como estudos de revisão da literatura que mencionam em seus achados a terapia ocupacional assistida por cães para a referida população.

Nessa direção, dentre as publicações encontradas foram selecionadas 15, sendo 8 resultantes de pesquisa aplicada, ou seja, envolvendo intervenções da terapia ocupacional assistida por cães com a referida população infantil e 7 são revisões na literatura de diferentes tipos que mencionam a terapia ocupacional assistida por cães para a referida população.

Das 8 publicações resultantes de pesquisas aplicadas, 7 foram conduzidas por terapeutas ocupacionais com crianças no TEA (Figueiredo; Baratela; Roiz, 2025; Figueiredo; Magalhães; Alegretti, 2023, Roiz; Figueiredo, 2023; Richardson; Mackenzie; Lovarini; Dickson, 2022;

Hill; Ziviani; Driscoll, 2020b; Hill; Ziviani; Driscoll, 2020c; London *et al.*, 2020). A oitava publicação (Ang; Macdougall, 2022) foi considerada para análise pois menciona resultados da prática da terapia ocupacional assistida por cães para crianças no TEA, assim como de outras áreas da saúde.

Das 7 revisões na literatura sobre o tema, 3 foram realizadas por pesquisadores terapeutas ocupacionais (Figueiredo, Alegretti, Magalhães, 2021; Hill *et al.*, 2019; Andreasen *et al.*, 2017) e 4 por pesquisadores de outras áreas do conhecimento, mas que em seus achados relataram sobre a prática da terapia ocupacional assistida por cães para crianças no TEA (Araújo *et al.*, 2023; Rehn; Caruso; Kumar, 2023; Narvekar; Narvekar, 2022; Mandrá *et al.*, 2018).

O Quadro 3 abaixo sintetiza as 15 publicações analisadas para na sequência serem descritas adicionando-se outras informações às já apresentadas. Dessa forma, primeiramente tem-se no quadro os artigos de pesquisas empíricas com terapeutas ocupacionais, na sequência pesquisas de revisão com terapeutas ocupacionais e para finalizar pesquisas de revisão com terapeutas ocupacionais e outros profissionais.

**Quadro 3** - Síntese das publicações encontradas.

AUTOR/TÍTULO	ANO	TIPO ESTUDO	ÁREA
FIGUEIREDO, M.O.; BARATELA, L.R.; ROIZ, R.G. <b>Terapia ocupacional assistida por cães: propostas de atividades para crianças no transtorno do espectro autista.</b>	2025	Artigo original	TO
FIGUEIREDO, M. O.; MAGALHÃES, L.; ALEGRETTI, A.L. <b>Canine-Assisted Occupational Therapy: Case Study with a child on the Autism Spectrum.</b>	2023	Artigo original	TO
ROIZ, R.G.; FIGUEIREDO, M.O. <b>Terapia Ocupacional Assistida por Cães para Crianças no Transtorno do Espectro Autista: Um Estudo de Caso Coletivo.</b>	2023	Artigo original	TO
RICHARDSON, K.; MACKENZIE, L.; LOVARINI, M.; DICKSON, C. <b>Occupational therapy incorporating dogs for autistic children and young people: Parent perspectives.</b>	2022	Artigo original	TO
HILL, R. J; ZIVIANI, J.; DRISCOLL, C. <b>“The connection just happens”: Therapists’ perspectives of canine-assisted occupational therapy for children on the autism spectrum.</b>	2020	Artigo original	TO
HILL, R. J; ZIVIANI, J.; DRISCOLL, C. <b>Canine-assisted occupational therapy for children on the autism spectrum: Parents’ perspectives.</b>	2020	Artigo original	TO
LONDON, M.D.; MACKENZIE, L.; LOVARINI, M.; DICKSON, C.; ALVAREZ-CAMPOS, A. <b>Animas Assisted Therapy for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Parent perspectives.</b>	2020	Artigo original	TO
ANG, C.S., MACDOUGALL, F.A. <b>An Evaluation of Animal-Assisted Therapy for Autism Spectrum Disorders: Therapist and Parent Perspectives.</b>	2022	Artigo original	Transdisciplinar (1 TO)

FIGUEIREDO, M.O; ALEGRETTI, A.L.; MAGALHÃES, L. <b>Terapia Ocupacional Assistida por Cães: Uma Revisão de Escopo da Literatura Brasileira.</b>	2021	Revisão de escopo	TO
HILL, R. J; ZIVIANI, J.; DRISCOLL, C.; SMITH-CAWDELL, J. <b>Can Canine-Assisted Interventions Affect the Social Behaviours of Children on the Autism Spectrum? A Systematic Review.</b>	2019	Revisão sistemática	TO
ANDREASEN <i>et al.</i> <b>Animal-assisted therapy and occupational therapy.</b>	2017	Revisão	TO
ARAÚJO, B. C.; AMÂNCIO, N. F. G.; ARAÚJO, L. M. B.; ARAÚJO, G.M.B. <b>Efeitos da Terapia Assistida por Animais na melhoria das habilidades sociais de crianças autistas.</b>	2023	Revisão integrativa	Transdisciplinar (3 estudos com TOs)
REHN, A.K.; CARUSO, V.R.; KUMAR, S. <b>The effectiveness of animal-assisted therapy for children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review.</b>	2023	Revisão sistemática	Transdisciplinar (1 TO)
NARVEKAR, N.N.; NARVEKAR, N.N. <b>Canine – assisted Therapy in Neurodevelopmental Disorders: A Scoping Review.</b>	2022	Revisão de escopo	Transdisciplinar (3 estudos TOs)
MANDRÁ, P.P.; MORETTI, T.C.F.; AVEZUM, L.A.; KUROISHI, R.C.S. <b>Terapia assistida por animais: revisão sistemática da literatura.</b>	2019	Revisão sistemática	Transdisciplinar (5 estudos TOs)

Fonte: Elaboração própria.

Figueiredo, Baratela e Roiz (2025) apresentaram 20 atividades realizadas durante a terapia ocupacional assistida por cães para crianças no TEA que tiveram como objetivo favorecer o engajamento, desempenho e comportamentos sociais e emocionais positivos. Durante as atividades, as crianças demonstraram engajamento, com foco nos componentes de desempenho sensorio-motor (coordenação motora fina e global, equilíbrio, resposta visual e tátil) e cognitivo (atenção, resolução de problemas) e nos comportamentos sociais e emocionais (olhar para o cão, sorrir para o cão, tocar voluntariamente no cão, comunicar-se com o cão, frequência de aproximação e tempo perto do cão). Ao final, obteve-se que as atividades contribuíram para o engajamento das crianças e estimulação de componentes de desempenho e comportamentos sociais e emocionais.

Figueiredo, Magalhães e Alegretti (2023) investigaram os benefícios da terapia ocupacional assistida por cão para uma criança no TEA. As autoras identificaram que tais melhorias são atribuídas à presença do cão uma vez que a criança desde o primeiro atendimento demonstrou interesse e vontade em estar em contato com o cão e realizar as atividades com ele, o que possibilitou trabalhar as demandas identificadas na avaliação pré-intervenção e compará-las no pós-teste.

Roiz e Figueiredo (2023) verificaram como a Terapia Ocupacional Assistida por Cães contribuiu para o desenvolvimento ou aprimoramento de componentes de desempenho

ocupacional e de componentes de engajamento ocupacional e comportamentos sociais e emocionais de 5 crianças no transtorno do espectro autista (TEA) com idades entre 3 a 4 anos. As autoras observaram que a incorporação do cão durante as atividades realizadas na intervenção foi positiva para o engajamento das crianças e assim como estimulou e aprimorou componentes do desempenho ocupacional sensório-motores (equilíbrio, coordenação motora global, coordenação motora fina, resposta visual, resposta auditiva e resposta tátil) e cognitivos (atenção, compreensão, reconhecimento, memória e resolução de problema), além das crianças passarem a demonstrar comportamentos sociais e emocionais positivos (olhar para o cão, sorrir para o cão, comunicar-se verbalmente com o cão, diminuição de crises de choro e gritos).

Richardson *et al.* (2022) investigaram quais foram as perspectivas de pais de crianças e adolescentes no TEA que realizavam terapia ocupacional assistida por cães. Os pais relataram que a presença dos cães contribuíram para diminuição do estresse e ansiedade durante a terapia, como se os cães fossem um “calmante”. Além disso, os pais notaram a diminuição do estresse e ansiedade em contextos fora da terapia, como na escola. A presença dos cães, segundo os pais, também facilitaram o engajamento e a participação das crianças durante as atividades propostas e desenvolvimento das habilidades de comunicação verbal.

Hill, Ziviani e Driscoll (2020b) em estudo com pais de crianças que realizavam terapia assistida por cães identificaram que na percepção destes a presença do cão durante a terapia tornava o ambiente calmo e relaxante no qual a criança não se sentia julgada, o que propiciava uma sensação de segurança para ela. Essa segurança acelerou a criação do vínculo entre a criança e o terapeuta, fazendo com que a criança conseguisse se desenvolver melhor nas atividades da terapia. Os pais notaram também que o cão na terapia trazia mais motivação para as crianças continuarem tentando quando a atividade ficava mais difícil, ocasionando mais disposição e entusiasmo e por consequência criando mais engajamento na sessão.

Hill, Ziviani e Driscoll (2020c) investigando a percepção de terapeutas ocupacionais que praticavam a terapia assistida por cães, verificaram que para estes terapeutas a relação entre o cão e a criança ajuda na minimização das barreiras entre a criança e o terapeuta. Com isso, ocorre a facilitação da relação e criação do vínculo entre criança e o terapeuta, o que consequentemente possibilita a condução da terapia de forma mais bem sucedida pelo terapeuta e com maior adesão da criança ao que lhe é proposto. Os terapeutas ocupacionais deste estudo reconheceram que a existência de uma relação segura entre a criança e o cão colaborou com o engajamento da criança na terapia, as atividades passaram a não serem vistas como uma tarefa árdua pelas crianças que expressaram em maior frequência o desejo de continuar nas atividades e diminuíram atos de resistência. Estes terapeutas ocupacionais observaram também por meio

de relato dos pais, que as crianças iniciaram a prática de seus objetivos da terapia em casa para assim na próxima sessão mostrar para o cão a sua melhora.

Em London *et al.* (2020), que objetivou compreender as perspectivas de pais sobre terapia assistida por cães para os filhos no TEA, obtiveram relatos dos pais sobre os benefícios positivos que o cão proporcionou, como sendo um participante sem julgamentos e por isso promotor da confiança e da regulação emocional, da motivação e engajamento em atividades, facilitador na comunicação verbal e não verbal possibilitando maior interação social.

Ang e MacDougall (2022) realizaram um estudo sobre a ótica de terapeutas, sendo estes uma terapeuta ocupacional, um psicólogo e uma musicoterapeuta e de pais sobre a terapia assistida por cães ser eficaz para os filhos no TEA. Obtiveram junto aos terapeutas que a terapia por ser centrada no cliente, garantia o foco nas necessidades de cada criança, identificadas a partir de uma avaliação inicial e um planejamento terapêutico exclusivo para cada um. Segundo a terapeuta ocupacional do estudo, o cão quando incorporado dentro da atividade terapêutica proporciona estímulos sensoriais que irão melhorar os comportamentos sociais, reduzindo os colapsos e os momentos de raiva e diminuindo a estereotipia principalmente com objetos. De acordo com os pais, os relatos foram que com este tipo de terapia os filhos desenvolveram controle comportamental, algo que os pais não estavam conseguindo ensinar, o que facilitou a administração dos comportamentos desafiadores em outros ambientes fora do contexto terapêutico.

Figueiredo, Alegretti e Magalhães (2021) em revisão de escopo sobre como terapeutas ocupacionais têm praticado a Terapia Ocupacional Assistida por Cães no Brasil, investigaram quais populações atendidas e respectivos objetivos, forma de treinamento e atuação do cão, resultados obtidos e formação requerida para o terapeuta ocupacional. A presente revisão de escopo não identificou estudos brasileiros de Terapia Ocupacional que utilizem cães como assistentes nas intervenções. Entre os cinco estudos incluídos e analisados, um consistia em uma revisão que mencionava a Terapia Ocupacional como uma das profissões que, no contexto internacional, desenvolve terapia assistida por cães com pessoas com deficiência e/ou sequelas físicas ou mentais, tendo como foco objetivos e desfechos relacionados à reabilitação física e cognitiva. Os demais estudos abordavam o cuidado com animais como parte das ocupações humanas e dos papéis ocupacionais que os indivíduos podem desempenhar. Além disso, o próprio documento que orienta a estrutura da prática profissional reconhece o cuidado com animais como uma ocupação e um papel ocupacional, passíveis de serem contemplados nas intervenções da Terapia Ocupacional.

Hill *et al.* (2019e) em estudo de revisão sistemática sobre como intervenções assistidas por cães podem afetar os comportamentos sociais de crianças no TEA, identificaram 13 estudos com o cão como animal. Dentre estes estudos, 5 eram sobre terapia assistida por cães e nenhum realizado por terapeuta ocupacional, 5 eram sobre atividades assistidas por cães, 1 sobre educação assistida por cães e 2 que se classificaram como terapia de jogo assistida por animais. Apesar da revisão trazer o impacto positivo na interação das crianças com o cão de terapia, ou seja, melhorias na comunicação verbal e não verbal e redução dos comportamentos sociais indesejados, muitos dos estudos revisados apresentaram muitas fraquezas metodológicas, como uma amostra pequena, uso inconsistente dos termos, falta de cegamento e uso mínimo de protocolos e falta de randomização. Diante disso, as autoras chamam a atenção para a realização de pesquisas mais rigorosas para especificar o impacto da terapia assistida por cães em sessões de terapia tradicional.

Andreasen *et al.* (2017) em estudo de revisão para identificar os benefícios da terapia assistida por animais para melhorar a saúde de crianças com deficiência, indicam para qual diagnóstico qual tipo de terapia assistida por animais apresentou resultados mais positivos. Na introdução do estudo, são apresentadas 8 publicações relativas à forma como os animais podem ser incorporados em processos terapêuticos com foco no desenvolvimento das crianças. Dentre estas publicações, apenas 3 eram relativas a prática de terapeutas ocupacionais envolvendo além do cão, gatos e cavalos. Em continuidade a seção introdutória, são apresentadas publicações sobre a terapia assistida por animais em crianças com Transtorno Déficit Atenção e Hiperatividade (TDAH), TEA, Paralisia Cerebral, Dor crônica, Síndrome de Down, Síndrome Secundária Fetal e Negligência/Abuso. Foram 5 publicações relativas às crianças no TEA, mas nenhuma envolvendo terapeutas ocupacionais, sendo que os achados apontam para melhoras nas habilidades das crianças em usar seus corpos, no desenvolvimento de empatia e vinculação com o cão de terapia, no desenvolvimento da comunicação e em aceitar receber e oferecer ajuda.

A partir das publicações analisadas, Andreasen *et al.* (2017), concluem que a terapia assistida por cães pode ser realizada por terapeutas ocupacionais, sendo considerada uma abordagem inovadora, centrada no cliente e capaz de favorecer com que os objetivos terapêuticos sejam atingidos. Destacaram que dentre os objetivos terapêuticos citados nas publicações, houve a promoção do desempenho nas ocupações e melhora na qualidade de vida de crianças no TEA, sendo que a relação estabelecida entre a criança e o cão propiciou bem-estar social e emocional e colaborou com o engajamento da criança na terapia o que

consequentemente melhorou as habilidades sociais, os componentes sensoriais, motores e cognitivos para realização das atividades de vida diária (Andreasen *et al.*, 2017).

Araújo *et al.* (2023) em revisão integrativa analisaram 20 publicações no período de 2017 a 2022 relativas aos efeitos das terapias assistidas por animais nas habilidades sociais de crianças no TEA. Dentre a amostra, apenas 4 publicações eram específicas da terapia ocupacional com crianças no TEA, sendo 3 das autoras Hill, Ziviani, Driscoll (2020a, 2020b, 2020c) já citadas anteriormente e 1 de Figueiredo *et al.* (2021) que se trata de uma revisão de escopo da terapia ocupacional assistida por cães no cenário brasileiro. A partir da análise destas 4 publicações, conclui-se que a terapia ocupacional assistida por cães melhora a qualidade de vida e assim impacta diretamente nas interações sociais dessas crianças, ou seja, auxilia na socialização, comunicação, independência, autonomia, manifestação afetiva e expressão de sentimentos.

Rehn *et al.* (2023) na revisão sistemática sobre a eficácia das terapias assistidas por animais para crianças e adolescentes no TEA nos domínios cognitivo, social, emocional, comportamental e físico, identificaram 604 publicações, mas apenas 7 cumpriam os critérios e compuseram a amostra. Desta amostra, apenas 1 é da área da terapia ocupacional que se trata do estudo de Hill, Ziviani, Driscoll (2020a) que já foi citado anteriormente neste subcapítulo.

A revisão de escopo de Narverkar e Narverkar (2022) apresenta um resumo do que há na literatura acerca dos benefícios terapêuticos da terapia assistida por cães para pessoas com transtornos do neurodesenvolvimento, sendo a amostra composta por 41 publicações. Dentre estas publicações, 16 eram com pessoas no TEA, sendo 13 com crianças no TEA, mas apenas 3 sobre práticas realizadas por terapeutas ocupacionais e destes apenas 1 era com crianças e adolescentes no TEA, das autoras Hill, Ziviani e Driscoll (2020a) já citado anteriormente.

Mandrá *et al.* (2018) em revisão sistemática da literatura verificaram as evidências das terapias assistidas por animais, encontraram 43 artigos em 30 periódicos, sendo destes 5 específicos da terapia ocupacional, onde 2 eram com população no TEA, mas com cavalos, 1 com crianças com Paralisia Cerebral e com cão, 1 com idosos com demência e 1 com crianças e adolescentes com Síndrome de Down.

Por fim, em concordância com López-Cepero (2020) que refere que apesar do aumento de estudos envolvendo os serviços assistidos por animais e da variedade de profissionais realizando esta prática (psicólogos, educadores, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, entre outros.), ainda há vieses na literatura relacionados à por exemplo, desenho metodológico, utilização terminológica de forma consensual, clareza teórica e prática sobre o papel dos animais na intervenção e sobre o relacionamento entre humanos-animais. Por isso, se

faz necessário, aumentar a validade interna dos estudos a partir da adoção de desenhos metodológicos que testem as intervenções de forma empírica e com baixo risco de viés. Além disso, os estudos ainda requerem consistência e coerência teórica a partir da adoção da terminologia e de referenciais teóricos relativos ao campo das interações humano-animais e aos das intervenções assistidas por animais em associação com de cada categoria profissional de forma a tornar claro quais são os mecanismos envolvidos que tornam o animal elemento fundamental das práticas terapêuticas e que por isso sustentam os resultados obtidos (López-Cepero, 2020).

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

O presente estudo teve como objetivo avaliar e descrever o desempenho ocupacional de crianças no Transtorno do Espectro Autista (TEA) que realizaram Terapia Ocupacional Assistida por Cães, assim como investigar a sobrecarga e compreensão das mães a partir de tal modalidade terapêutica.

Para tal, na introdução apresentou-se o campo das interações humano-animais, especificamente sobre o vínculo humano-animal que fundamenta os serviços assistidos por animais, assim como discorreu-se sobre o histórico, terminologia pregressa e atual e produção do conhecimento específico sobre terapia ocupacional assistida por animais com cães para crianças no TEA.

Considerando que as variáveis aferidas nesta tese são o desempenho ocupacional das crianças e a sobrecarga vivenciada pelas mães, nos subcapítulos a seguir são apresentados os referenciais teóricos que fundamentam a compreensão sobre tais variáveis, a saber Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento e Perspectivas Teóricas sobre a Sobrecarga de Mães de Filhos no Transtorno do Espectro Autista.

### **2.1 Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento (CMOP-E)**

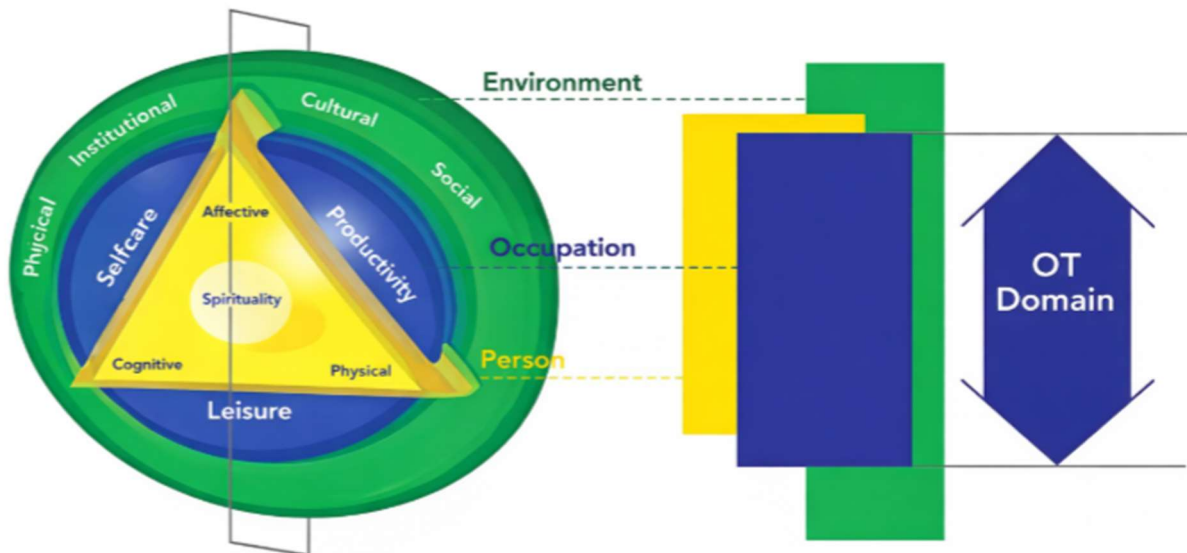
O Modelo de Desempenho Ocupacional foi desenvolvido no início da década de 80 por meio de uma força tarefa de profissionais ligados à Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais (CAOT), tendo por objetivo desenvolver diretrizes que garantissem a qualidade na prestação dos serviços de terapia ocupacional no Canadá. Este modelo passou por reformulações pela CAOT resultando no atual Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento (CMOP-E), cujos constructos teóricos estão publicados no *Enabling*

*Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation* (Townsend; Polatajko, 2013).

A ocupação, segundo o CMOP-E, é compreendida como uma necessidade básica humana que dá sentido à vida, por conseguinte, considerada essencial para todas as pessoas. O desempenho e o engajamento em ocupações são resultados de um processo dinâmico entre a pessoa, o ambiente e a ocupação (Polatajko *et al.*, 2013).

Na figura 4, é representado este processo dinâmico entre a pessoa, o ambiente e a ocupação pelo CMOP-E.

**Figura 4** - Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento.



Fonte: POLATAJKO *et al.*, 2013, p 23.

De acordo com a Figura 4 a pessoa é representada pelo triângulo central, compondo-se por aspectos físicos, cognitivos e afetivos, tendo como essência a espiritualidade. A CMPO-E entende a espiritualidade como para além da religião da pessoa, um estado de bem-estar e uma força interna que dá sentido à vida e impulsiona a pessoa (Polatajko *et al.*, 2013).

No círculo mais externo da Figura 4, são representados os diferentes ambientes nos quais as pessoas se inserem e nos quais ocorrem as ocupações. Os ambientes são físico, institucional, cultural e social. O ambiente físico representa o ambiente materialmente construído. O ambiente institucional é composto pelos aspectos econômicos, políticos, pelas leis, instituições e suas práticas sociais e organizacionais. O ambiente cultural relaciona-se ao

conjunto de crenças, valores, rituais e cerimônias que envolve cada pessoa. O ambiente social representa os padrões de relacionamento interpessoais existentes em dada comunidade, baseados em valores, crenças, interesses e atitudes (Polatajko *et al.*, 2013).

O círculo que envolve o triângulo (ou seja, a pessoa) representa, na Figura 4, a ocupação, sendo esta definida como “[...] tudo o que as pessoas fazem [...], incluindo o cuidar de si (autocuidado), aproveitar a vida (lazer) e contribuir para o tecido social e econômico (produtividade) (CAOT, 1997 apud Polatajko *et al.*, 2013, p.17).

Desse modo, a categoria autocuidado aborda as atividades de cuidados pessoais, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade. A categoria lazer refere-se às atividades de recreação tranquila, ativa e/ou de socialização. E por fim, a categoria produtividade é constituída pelo trabalho remunerado ou não, manutenção da família por meio do manejo das tarefas domésticas, pela escola e pelo brincar (Polatajko *et al.*, 2013).

Conforme o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento, o desempenho ocupacional é caracterizado pela capacidade que o indivíduo possui para realizar tarefas e executar papéis ocupacionais que são próprios do seu estágio de desenvolvimento, decorrendo da interação entre pessoa, ambiente e ocupação. A pessoa é percebida dentro de seus aspectos físico, afetivo, cognitivo e espiritual. O ambiente é compreendido como físico, social, cultural e institucional. E a ocupação é dividida em autocuidado (cuidado pessoal, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade), produtividade (trabalho remunerado ou não, manejo das tarefas domésticas, escola e brincar) e por último o lazer (recreação tranquila, recreação ativa e socialização). Quem determina o desempenho ocupacional é o próprio indivíduo, por meio das suas experiências em desempenhar várias ocupações, além da sua satisfação com seu desempenho (Polatajko; Townsend; Craik, 2007).

A ocupação se estabelece através das necessidades básicas humanas de sobrevivência, constituindo de uma forma das pessoas se desenvolverem por meio de suas capacidades de natureza biológica, social e cultural, que podem ser ajustadas às mudanças ambientais (Wilcock, 1993). Segundo Pierce (2003), a ocupação é uma vivência individual e singular decorrente de uma dimensão percebida de espaço, tempo e condições socioculturais estabelecidas. Ao se transformarem constantemente, pessoa e contexto social, a ocupação se torna única e se faz diferente a cada experiência. Sendo assim, a ocupação não se define como algo normativo, mas que provém da experiência subjetiva e da totalidade complexa entre pessoa e seu ambiente (Ivarsson; Müllersdorf, 2009).

De acordo com o CMOP-E, desempenho ocupacional é determinado pela própria pessoa por meio de suas experiências, ou seja, na capacidade que considera que possui para

desempenhar variadas ocupações e também na sua satisfação com o seu desempenho (Polatajko; Townsend; Craik, 2007). O desempenho ocupacional é próprio de cada ser humano, podendo variar conforme as características pessoais como idade, capacidades, limitações e/ou condições ambientais favoráveis ou não ao desempenho, entre outros (Law *et al.*, 2009).

### **2.1.2 Desempenho Ocupacional de Crianças no Transtorno do Espectro Autista**

Desde o nascimento, a criança constrói seu eu ocupacional, engajando-se em ocupações e atividades nelas concernentes que se transformam ao longo do tempo em função de seu crescimento, maturação e interação com o ambiente. O desenvolvimento ocupacional é definido como a mudança gradual nos comportamentos ocupacionais ao longo do tempo, resultante da interação entre o crescimento da pessoa e o meio em que está inserida (Mandich; Ziviani, 2006).

Como ser ocupacional, a criança desenvolve gradualmente competências em diferentes ocupações, inicialmente nas atividades exploratórias e de autocuidado, avançando para o brincar simbólico, a participação social e, posteriormente, para ocupações mais complexas relacionadas ao aprendizado e à vida cotidiana. Esse processo não é linear, mas envolve a interação dinâmica entre pessoa, ocupação e ambiente. A perspectiva interacionista enfatiza que o desenvolvimento da criança como ser ocupacional emerge da reciprocidade entre seus recursos internos e as condições ambientais (Mandich; Ziviani, 2006).

Dessa forma, compreender a criança sob esse prisma é essencial para identificar barreiras e potencialidades, promovendo a construção de competências que favoreçam sua autonomia, sua inserção social e seu bem-estar ao longo da vida (Mandich; Ziviani, 2006).

Conforme a literatura, crianças com atrasos, deficiência e/ou transtornos no desenvolvimento têm problemas na funcionalidade e comprometimento no desempenho ocupacional (Fernandes; Santana; Pestana, 2016; Dornelas; Magalhães, 2016). Quando há limitações no desempenho ocupacional de uma criança, sua participação será limitada nas ocupações realizadas. Participar de atividades impacta diretamente no desenvolvimento de habilidades e competências essenciais para ter êxito dentro de casa, na comunidade e na vida (Beheshti *et al.*, 2022).

No estudo de Dornelas e Magalhães (2016) crianças que foram identificadas com atraso no desenvolvimento nos primeiros anos de vida, ao atingirem a idade escolar apresentaram problemas no desempenho das atividades escolares sendo o desempenho funcional significativamente inferior ao de crianças sem histórico de atraso.

Fernandes, Santana e Pestana (2016) evidenciaram que crianças de 3 a 5 anos com atraso no desenvolvimento apresentavam um desempenho ocupacional inferior nas áreas de autonomia pessoal, mobilidade e socialização em comparação às crianças consideradas típicas. Além disso, os autores observaram que, ao longo do crescimento destas crianças, foram notórias mais dificuldades no desempenho ocupacional, sendo evidente o aumento no grau de dificuldade em todas as áreas das aptidões funcionais.

Crianças no TEA frequentemente têm dificuldades nas ocupações diárias como higiene e alimentação, permanecendo dependentes por mais tempo. Também são comuns comportamentos disruptivos, como birras, agressões, autolesões e estereotípias, que afetam o aprendizado, a interação social e o bem-estar geral (Carvalho *et al.* 2025).

O desempenho ocupacional de crianças no TEA pode ser afetado diante dos problemas que enfrentam em relação ao processamento sensorial e habilidades perceptivas, cognitivas e de linguagem. Mães de crianças no TEA indicaram na Medida Canadense de Desempenho Ocupacional que as ocupações de autocuidado eram as maiores dificuldades de seus filhos, seguido das ocupações de produtividade e lazer (Beheshti *et al.*, 2022). Faustino (2022) identificou no relato das mães de filhos no TEA que estas possuíam dificuldades para realizar ocupações de autocuidado como higiene e se vestir e de produtividade relacionadas a tarefas de casa.

Alguns problemas funcionais em crianças no TEA são consequências das dificuldades que elas possuem em aceitar e seguir regras estipuladas; aceitar mudanças de atividades e concordar em realizar novas propostas e manter o foco e manter atenção e motivação mesmo com a mudança de atividade e regras. Isso tudo impacta diretamente em desempenhar ocupações de autocuidado (alimentação, tomar banho, troca de roupa e sapatos) e produtiva (brincar e estudar). (Figueiredo; Magalhães; Allegretti, 2023).

Folha *et al.* (2023) identificaram que a ocupação brincar estava afetada em crianças no TEA quando comparadas a crianças com desenvolvimento típico, sendo que no comportamento lúdico de crianças no TEA observou-se um brincar solitário e com pouca interação social, dificuldades de compreensão e entendimento dos comandos em brincadeiras guiadas e baixo repertório lúdico no brincar espontâneo.

## **2.2 Perspectivas Teóricas sobre Sobrecarga de Mães de Filhos no Transtorno do Espectro Autista.**

O conceito de sobrecarga do cuidador é multidimensional, ou seja, abrange as dimensões biológica, psicológica e social das pessoas que cuidam de outra pessoa por razões distintas. A sobrecarga refere-se a um desequilíbrio em diversas variáveis que compõem tais dimensões, por exemplo o tempo disponível para o cuidado de si em contrapartida ao cuidado do outro, a quantidade de atribuições e distribuição de papéis, recursos financeiros para materialização do cuidado, entre outros. A sobrecarga é conceituada como objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva consiste no efeito físico que as tarefas diárias demandadas pelo receptor dos cuidados geram no cuidador. Já a sobrecarga subjetiva é definida como o impacto psicológico, emocional e social que o ato de cuidar pode gerar nos cuidadores (Lillehei *et al.*, 2021).

O grau de sobrecarga está ligada diretamente a fatores do cuidador como o seu estado civil, a escolaridade, alguma doença física, problemas psicossociais ou econômicos. Algumas características da criança com algum tipo de transtorno e/ou deficiência também contribui para o grau de sobrecarga, sendo a idade da criança, nível de dependência ocasionado pela dificuldade nas habilidades verbais e comportamentais, frequência de internações e o tempo dispersado com os cuidados (Boztepe *et al.*, 2018).

Histórica e culturalmente, a mãe possui mais soberania no cuidado com a alimentação, educação e saúde de seus filhos (Rosa; Rossigalli; Soares, 2010) e se torna a cuidadora principal quando estes apresentam algum transtorno do neurodesenvolvimento. Segundo dados do ano de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 92,1% das mulheres eram responsáveis por realizarem afazeres domésticos e/ou cuidar de pessoas, enquanto os homens representavam 80,8% envolvidos nessas atividades.

Na grande maioria dos casos de TEA, a mãe é a primeira a observar alguns atrasos no desenvolvimento da criança, como atraso na fala e na linguagem, pouca interação social com outras crianças da mesma idade, falta de contato visual e isolamento social (Caparroz; Soldera, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os pais possuem um papel essencial no desenvolvimento de crianças no TEA, garantindo acesso à saúde, educação e outros serviços e oportunidades para promoção da inclusão e bem-estar da criança. Além disso, devem dispor de um ambiente acolhedor e que seja estimulante à medida que a criança cresce. A mãe assume a maior responsabilidade no cuidar dos filhos, e que é esperado pela sociedade

que ela seja uma cuidadora por excelência. Em comparação aos pais, as mães tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade em relação à realização de seus objetivos de vida, o que pode gerar a sensação de que sua trajetória pessoal está sem direção. Essa preocupação com o futuro pode impactar negativamente o desempenho e a qualidade de suas funções parentais (Bujnowska *et al.*, 2019).

As mães de crianças no TEA carecem de dinamismo diário ao cuidar do filho, pois apesar de os sintomas serem sempre os mesmos, os comportamentos se manifestam de formas diferentes diariamente e conseqüentemente requer que a mãe esteja aberta a novas formas de atuar frente ao TEA. A vulnerabilidade da criança a torna dependente dos pais, em específico da mãe, que com a rotina de cuidados árdua e cansativa causa desgastes emocionais na mãe (Caparroz; Soldera, 2022).

Dessa forma, o cuidar de filhos com transtorno do neurodesenvolvimento exige das mães uma gama de responsabilidades, como o cuidado direto na alimentação, higiene, locomoção e nas atividades escolares, no incentivo emocional diante das dificuldades e limitações que os filhos possam ter, no acompanhamento em consultas e terapias, entre outros. A quantidade de tempo que as mães dispensam para os cuidados destes filhos pode reduzir o tempo para realização das atividades pessoais, o que compromete a satisfação de suas necessidades e a própria qualidade de vida (Liu *et al.*, 2020).

Silva *et al.* (2020) identificaram em sua pesquisa com mães de crianças no TEA, que em sua maioria, elas se sentem sobrecarregadas e sozinhas nos cuidados com os filhos, ocasionando uma baixa qualidade de vida e dificultando a realização de ocupações de lazer. No estudo de Roiz (2022) mais da metade das mães de crianças no TEA relataram que organizar a rotina das crianças, realizar higiene pessoal, se preocupar com a alimentação e atividades escolares são tarefas que ficam sob sua responsabilidade. Vilanova *et al.* (2022) referiram que o cuidar solitário das mães de crianças no TEA contribui para rotinas árduas e geradoras de cansaço, sendo que aqueles dias que são considerados mais exaustivos são passíveis de aumento de estresse e alterações mentais e no sono.

O estudo de revisão de Sulzbach (2019) aponta que o nível de suporte requerido pelos filhos no TEA atua diretamente na sobrecarga da mãe. Assim, contribuem para o aumento da sobrecarga nas mães as dificuldades que os filhos no TEA possam ter para: a) realizar as ocupações de autocuidado como por exemplo para tomar banho, se vestir, ir ao banheiro; b) dificuldades comportamentais para a interação com outras crianças e adultos em ambientes fora do domicílio; c) distúrbios no ritmo circadiano, ou seja tempo curto de sono, dificuldade em dormir, acordar várias vezes a noite, sonolência durante o dia; d) problemas sensoriais com

hiper ou hiporreatividade aos estímulos.

Portanto, a sobrecarga das mães de crianças no TEA está relacionada ao maior envolvimento nos cuidados com os filhos e por isso apresentam maiores níveis de estresse, ansiedade e depressão quando comparadas aos pais. Além de dedicar seu tempo aos cuidados com as crianças, elas também realizam trabalho doméstico e por muitas vezes não conseguem um tempo para realizar algum lazer (Shrestha *et al.*, 2023).

### 3. JUSTIFICATIVA

Conforme exposto acima, a literatura indica benefícios do Tratamento Assistido por Cães para o desenvolvimento da criança no TEA. Em adição, uma significativa literatura internacional aponta que a incorporação do cão em um processo terapêutico pode favorecer a relação terapeuta-cliente e contribuir para que a criança sinta confiança em si e no terapeuta, com isso menos ansiosa e mais engajada nas atividades propostas (Hill *et al.*, 2020a). Tais resultados positivos da incorporação do cão no processo terapêutico são explicados pelas teorias que fundamentam os Serviços Assistidos por Animais<sup>2</sup>, teoria da biofilia, teoria do apego e perspectivas teóricas relativas ao efeito de suporte social e de mudanças neuroendócrinas resultantes da interação entre humano e animal (Fine; Beck, 2019).

Embora a produção de conhecimento internacional sobre Terapia Ocupacional Assistida por Cães seja robusta e crescente, a revisão de escopo na literatura nacional de Figueiredo, Alegretti, Magalhães (2021) indica que há uma incipiente produção de conhecimento brasileira sobre o tema. Em adição, tal revisão refere sobre os vários estudos internacionais que investigaram os efeitos deste tipo de terapia para crianças com alguma deficiência e/ou transtorno do desenvolvimento e que os mesmos informam que ainda há uma carência de informações sobre como ocorre o processo terapêutico, de que forma o cão é incorporado e atua nas sessões terapêuticas, quais são as estratégias utilizadas pelos terapeutas para atingir os objetivos estabelecidos. Além disso, a literatura existente não correlaciona a Terapia Ocupacional Assistida por Cães e a sobrecarga materna em crianças no TEA, ou seja, se o desenvolvimento funcional da criança pode ou não alterar o nível de sobrecarga da mãe.

Em virtude destas lacunas na produção de conhecimento sobre o tema, justifica-se a realização do presente estudo que intencionou produzir respostas para esta demanda de conhecimento científico por meio de uma investigação em profundidade em estudos de casos

---

<sup>2</sup> Termo atual que substitui Intervenções Assistidas por Animais.

para a obtenção de respostas qualitativas/singulares e que possam prover semelhanças/generalidades sobre a repercussão da terapia assistida por cães no desempenho ocupacional das crianças e conseqüentemente na vida das mães dessas crianças.

#### **4. PERGUNTAS DE PESQUISA**

O presente estudo teve como perguntas de pesquisa: A Terapia Ocupacional Assistida por Cães pode favorecer mudanças no desempenho ocupacional das crianças no TEA que passam por essa intervenção, segundo as mães? De que forma o cão é incorporado a partir dos objetivos terapêuticos? Qual a compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães? Qual o nível de sobrecarga das mães no cuidado aos filhos no TEA antes e depois da Terapia Assistida por Cães?

#### **5. OBJETIVOS**

##### **5.1 Objetivo Geral:**

Avaliar e descrever, sob perspectiva de mães de crianças no TEA que realizaram Terapia Ocupacional Assistida por Cães, se houve alteração no desempenho ocupacional dos filhos e se a intervenção impactou na sobrecarga e na compreensão que fazem desta modalidade terapêutica.

##### **5.1.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Apresentar as crianças (idade, gênero, tempo de atendimento, características), os problemas funcionais para o desempenho ocupacional pré-intervenção e os respectivos objetivos e planos terapêuticos com incorporação do cão;
- ✓ Apresentar e comparar os resultados da avaliação pós-intervenção com os da pré-intervenção e indicar se houveram mudanças nos problemas funcionais para o desempenho ocupacional das crianças;
- ✓ Analisar a compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães e quais mudanças referem nos componentes de desempenho ocupacional dos filhos(as);
- ✓ Identificar o nível de sobrecarga das mães aos filhos pré e pós Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 Método

Trata-se de uma pesquisa quase-experimental do tipo avaliação de programa, com aplicação de medidas de pré e pós-teste, que é particularmente adequada para investigações aplicadas em contextos reais de intervenção (Cozby, 2011).

Segundo Cozby (2011), a pesquisa quase-experimental é utilizada para avaliar relações de causa e efeito, mas o pesquisador não dispõe de controle total sobre as variáveis envolvidas, especialmente no que se refere à randomização dos participantes. Diferentemente do experimento clássico, no qual há atribuição aleatória dos sujeitos aos grupos (experimental e controle), a pesquisa quase-experimental trabalha em contextos nos quais a aleatoriedade não é possível ou ética, como em escolas, hospitais ou clínicas. Apesar da ausência de randomização, o delineamento quase-experimental envolve manipulação intencional da variável independente permitindo comparações entre os estados anterior e posterior à intervenção. Embora o controle de variáveis externas seja mais limitado, esse tipo de estudo oferece uma alternativa válida para investigar efeitos de intervenções em populações específicas e contextos aplicados, preservando um grau razoável de inferência causal (Cozby, 2011).

A avaliação de programa, segundo Cozby (2011), é um tipo de pesquisa aplicada voltada para compreender a efetividade de uma ação planejada, geralmente implementada em contextos de saúde, educação ou assistência social. Esse tipo de avaliação não apenas investiga se houve mudança, mas em que medida os objetivos da intervenção foram atingidos e como ele impactou o público-alvo. Já o pré e pós teste consiste em realizar coletas de dados em dois momentos distintos: antes do início da intervenção (pré-teste) e após sua finalização (pós-teste). Essa comparação permite verificar mudanças associadas à intervenção, observando progressos, estabilidades ou retrocessos nos indicadores analisados (Cozby, 2011). Além disso, usou-se a entrevista com as mães como uma forma complementar para investigar os efeitos da intervenção a partir da compreensão das mesmas.

A escolha deste modelo também se alinha à literatura da área da saúde e reabilitação, que reconhece seu valor em pesquisas com pequenos grupos e em intervenções emergentes (Hulley *et al.*, 2015; Polit; Beck, 2018).

## 6.2 Caracterização dos Participantes

### 6.2.1 Participantes da intervenção: terapeuta e cão.

A responsável pela intervenção terapêutica foi uma terapeuta ocupacional, docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, que possui a formação teórica provida *Pet Partners*, com os conteúdos citados na introdução desta tese, assim como foi avaliada teórica e praticamente por esta mesma organização, tendo sido aprovada em conjunto com o cão, conforme explicado abaixo.

O cão chama-se Perla, uma *Papillon*, pelo comprido, fêmea, porte pequeno e com 5 anos e meio na ocasião do estudo sendo esta da terapeuta ocupacional/docente. Perla nasceu, foi criada e treinada pela “4 *Paws for Ability*”, agência de treinamento de cães de serviço localizada em Xênia, Ohio (EUA). Perla foi doada para a docente em 2019, durante estágio realizado na agência citada para capacitação técnica científica para que ao retornar ao Brasil, conseguisse iniciar o trabalho de terapia ocupacional assistida por cães para crianças. Perla foi doada devido ao seu temperamento afiliativo, já havia sido socializada com pessoas e lugares e com treinamento básico de comandos como senta, fica, dá pata, gira, vem. Após seis meses de convivência com a Perla, a pesquisadora realizou o processo de registro junto à *Pet Partners*, que como mencionada é uma instituição de renome internacional dedicada à promoção das intervenções assistidas por animais por meio do preparo, avaliação e registro dos times animais-humanos para a mencionada prática. Para obter o registro, a terapeuta ocupacional/docente realizou curso teórico e prova teórica os conteúdos abordados, posteriormente a sua aprovação participou de prova prática juntamente a Perla, na qual avaliou-se sua capacidade na condução da Perla, o nível de vinculação e interação entre condutora-cão, o tipo de temperamento da Perla, a presença de treinamento básico e dos comportamentos previsíveis, confiáveis e dirigíveis da Perla. A validade do registro junto a *Pet Partners* é de 2 anos, sendo que na ocasião do estudo estava válido e foi renovado no ano de 2024.

Ademais, antes de cada sessão Perla teve contato com cada atividade a ser realizada para se familiarizar e treinar os comportamentos esperados. Perla também encontrava-se em plena saúde física e emocional, atestada por um veterinário, com vacinação anual completa e sob o tratamento preventivo de pulgas, carrapatos e parasitas.

Juntamente com a pesquisadora docente, participaram quatro estudantes de graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, que foram responsáveis pelo planejamento e elaboração das atividades, bem como pela gravação das sessões.

Portanto, a autora desta tese não participou da intervenção terapêutica, ou seja, não esteve presente em nenhuma das sessões com as crianças, mas sim na aplicação dos instrumentos de avaliação para coleta dos dados, na análise e interpretação dos dados e na redação da tese.

Por fim, importante informar que todas as crianças antes de iniciar as sessões com o cão passaram por pelo menos 2 sessões de apresentação do cão por meio de livro explicativo sobre a Perla, o que ela gosta e formas corretas de interação, sendo uma pelúcia réplica da Perla utilizada para simulação de interações. Tais sessões tiveram por objetivo averiguar reações e comportamentos da criança perante ao cão e com isso promover uma interação segura e saudável para ambos, estimular o desenvolvimento da confiança e o sentimento de segurança, para minimizar o receio/medo do cão e promover o desenvolvimento do vínculo entre criança e cão.

Na sequência, a apresentação da Perla ocorreu no terceiro encontro da terapeuta com cada criança, sendo que terapeuta e Perla receberam a criança na sala usual de atendimento. Nesta sala, seguindo as diretrizes da *Pet Partners*, Perla utilizou coleira atada numa guia de 1,70 metros, a qual foi segurada e conduzida o tempo todo pela terapeuta. Ainda de acordo com a *Pet Partners*, Perla também pode ser segurada e conduzida no colo pela terapeuta. Assim, mediante a criança demonstrando-se confortável com Perla no chão e espontaneamente se aproximando, Perla foi apresentada, sendo utilizado o livro sobre ela como recurso para a interação com a criança. Do contrário, a apresentação foi feita com Perla no colo da terapeuta, até o momento em que a criança verbalizasse que ela poderia ficar no chão, mantendo-se o livro como recurso para a interação. Assim, nesta terceira sessão a criança realizou junto com a Perla os conteúdos do livro, como: passar a mão no pelo, escovar, colocar um laço, dar petiscos com a mão, dar comando e esconder petiscos em um tabuleiro. Em tal sessão também foi proposto para a criança pintar um desenho com a imagem da Perla para levar para casa.

Portanto, o plano terapêutico iniciou-se no quarto encontro da terapeuta com a criança e no segundo da criança com o cão, sendo denominado de sessão 1 (as três anteriores são denominadas de 0, 00, 000). A partir da sessão 1 foram realizadas atividades que correspondem às demandas da criança, tendo a Perla participação ativa ou indireta. Toda sessão iniciou com terapeuta e Perla recebendo a criança na sala usual de atendimento. Terapeuta estimulou a criança a cumprimentar a Perla tanto verbal como fisicamente, passando a mão no pelo e dando petiscos. Ao longo da sessão foram realizadas atividades com a participação ativa da Perla, por exemplo, a criança realizou um percurso psicomotor no qual subiu escada, desceu rampa, pulou obstáculos com a Perla ao seu lado e entregou ao final do percurso petiscos para ela. Também

foram realizadas atividades com a participação indireta da Perla, ela permaneceu na sala, deitada ou em outra posição que estivesse confortável e descansando enquanto a criança realizou uma atividade que fazia alusão a Perla, como um quebra-cabeça ou jogo de memória com imagem da Perla, ligar pontos, completar labirinto ou palavras-cruzadas com imagens e palavras relativas a Perla, entre outras opções.

### **6.2.2 Participantes do estudo: mães e crianças.**

As participantes desta pesquisa, selecionados por conveniência, foram 4 mães e seus respectivos filhos com diagnóstico no TEA que receberam no mínimo 9 sessões de Terapia Assistida por Cães, conforme indicado por Hill *et al.* (2020a). Tais sessões ocorreram 1 vez por semana com duração de 50 minutos, sem a presença da mãe e da pesquisadora desta tese. As crianças fizeram parte dos atendimentos realizados Unidade Saúde Escola da UFSCar, serviço de saúde em que a orientadora desta tese realiza suas atividades de ensino, pesquisa e extensão sobre o tema Terapia Ocupacional Assistida por Cães para crianças com transtorno do neurodesenvolvimento.

Essas crianças foram encaminhadas para a Terapia Ocupacional Assistida por Cães por outra terapeuta ocupacional que realizava a terapia ocupacional convencional na Unidade Saúde Escola da UFSCar. As mães relataram a essa outra profissional a perda de interesse das crianças em realizar a intervenção convencional, dessa forma houve o encaminhamento para a Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

Como critérios de composição da amostra: 1) Mães de crianças com idade entre 4 e 12 anos; 2) Mães de crianças diagnosticadas no Transtorno do Espectro Autista (TEA); 3) Mães de crianças que tenham recebido pelo menos 9 sessões de Terapia Assistida por Cães e que tenham realizado todas as avaliações para início destas sessões terapêuticas.

Como critério para exclusão: Mãe de crianças que tenham diagnóstico associado de algum dos transtornos mentais contidos na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, ou seja de F05 a F69 e de F91 a F99.

Justifica-se o tamanho amostral previsto pelo fato de que a presente pesquisa objetivou investigar em profundidade os casos estudados, ou seja, buscando a obtenção de respostas qualitativas/singulares mas que possam indicar semelhanças/generalidades. Em adição, a amostra representativa para esta pesquisa deve ser compreendida diante do número ainda limitado de crianças participantes da terapia assistida por cães que possam oferecer ao estudo um conhecimento íntimo da condição, ações, intenções e ambientes dos investigados. O projeto

conta com apenas 1 cão assistente de terapia que pode atuar até 2 horas por dia em conformidade com as diretrizes da *Pet Partners* (2023).

As crianças participantes deste estudo possuem diagnóstico no TEA, sendo três delas nível suporte 3 não verbal e um nível 1 verbal com idade entre 3 e 9 anos, no momento da pesquisa estavam em atendimento terapêutico com a Terapia Ocupacional Assistida por Cães de 6 meses.

As mães desse estudo possuem idade entre 25 e 43 anos, sendo que 3 são casadas e 1 solteira. Das 4 mães, 2 possuem ensino médio completo, 1 possui superior completo e 1 possui pós graduação. Em relação ao trabalho, 1 mãe é dona de casa, 1 vendedora autônoma, 1 terapeuta holística e 1 auxiliar administrativa. Todas estas características das mães estão sistematizadas na Tabela 1, sendo que cada mãe participante é representada pela letra M e pelo número correspondente ao filho discriminado com a letra C.

**Tabela 1** – Caracterização das mães das crianças que participaram da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

<b>MÃE</b>	<b>IDADE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>PROFISSÃO</b>
M1	25	Casada	Ensino Médio Completo	Vendedora Autônoma
M2	26	Solteira	Ensino Médio Completo	Dona de casa
M3	39	Casada	Pós Graduação Completa	Terapeuta Holística
M4	43	Casada	Superior Completo	Auxiliar Administrativo

Fonte: Elaboração própria.

### 6.3 Procedimentos para Coleta dos Dados

A pesquisa teve início após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos sob número de parecer 5.804.641. Também aprovado pela Comissão de Ética no Uso de Animais da mesma universidade protocolada sob o CEUA nº 2972210222 (ID 001629).

A coleta de dados ocorreu com as mães das crianças que participam da Terapia Ocupacional Assistida por Cães oferecida pela linha de Cuidado da Infância na Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos.

Antes do início da intervenção, as mães foram chamadas pela pesquisadora que explicou sobre sua pesquisa, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I), e mediante o aceite e assinatura a pesquisadora aplicou os instrumentos (que são apresentados

abaixo) com cada mãe. Primeiramente foi aplicado o instrumento direcionado às crianças, onde as mães indicaram o que gostariam que fosse trabalhado com as crianças durante a intervenção, e posteriormente os instrumentos específicos para as mães. Ao final do semestre as mães foram chamadas novamente para reaplicação dos mesmos instrumentos.

Os dados foram coletados entre janeiro/2023 e setembro/2023.

## **6.4 Instrumentos para Coleta de Dados**

### **6.4.1 Relatórios de Ação**

Todas as crianças atendidas na Unidade Saúde Escola da UFSCar dentro do projeto de atividades de ensino, pesquisa e extensão sobre o tema Terapia Ocupacional Assistida por Cães possuem relatórios individuais, onde são registrados dados como: nome, data de nascimento, diagnóstico, características da criança e objetivos gerais da terapia.

Em cada sessão foi registrado qual foi o objetivo, quais as atividades concretizadas para tais objetivos, quais os procedimentos e as reações das crianças.

### **6.4.2 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM):**

O desempenho ocupacional da criança foi avaliado pela Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), respondida pela mãe da criança antes e depois da Terapia Ocupacional Assistida por Cães. A pesquisadora foi responsável por aplicar a medida, uma vez que não participou da realização da TAA, buscando evitar qualquer tipo de viés durante a coleta de dados.

Instrumento elaborado por Law *et al.* (1990) com o objetivo de investigar o desempenho ocupacional das pessoas. Foi traduzida e validada para a população brasileira por Magalhães, Magalhães e Cardoso em 2009. A COPM constitui uma medida individualizada, realizada por meio de entrevista semiestruturada, na qual a pessoa primeiro pontua os cinco principais problemas de desempenho ocupacional vivenciados, listando as atividades comprometidas conforme o grau de importância estabelecido. Em seguida, a pessoa auto avalia seu desempenho e satisfação com esse desempenho também por meio de duas escalas de variação de 1 a 10 pontos para as respectivas tarefas funcionais. A medida abrange três áreas de desempenho ocupacional: atividades de autocuidado (cuidados pessoais, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade), atividades produtivas (trabalho remunerado ou não, manejo

das tarefas domésticas, escola e brincar) e atividades de lazer (ação tranquila, recreação ativa e socialização). Na avaliação atribui-se um grau de importância a essas atividades, que varia numa escala de 1 a 10, de forma crescente (Law *et al.*, 1990; Magalhães; Magalhães; Cardoso, 2009) (ANEXO II).

#### **6.4.3 Zarit Burden Interview Scale –Versão Brasileira**

Trata-se de uma escala composta por 22 itens que medem a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidado informal dentro das áreas: saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relacionamentos interpessoais. A escala pode ser autoaplicável ou ser aplicada por um entrevistador, que por sua vez deverá ler cada item em voz alta e solicitar ao respondente que aponte a resposta correta (Sczufca, 2002).

Cada item da escala é pontuado da seguinte forma: nunca = (0); raramente = (1); às vezes = (2); com bastante frequência = (3) e quase sempre = (4). O último item da escala também é pontuado de 0 a 4, porém indicam o quanto o cuidador está se sentindo sobrecarregado com seu papel de cuidador e é pontuado da maneira a seguir: nada = (0); um pouco = (1); razoavelmente = (2); bastante = (3) e muito = (4) e descrevem como cada afirmação afeta o cuidador (Sczufca, 2002) (ANEXO III).

#### **6.4.4 Roteiro para entrevista com as mães**

Instrumento elaborado pela autora em forma de entrevista semiestruturada para obtenção de informações relativas à idade, estado civil, número de filhos, nível educacional, profissão, avaliação que faz sobre a participação do filho em sessões Terapia Ocupacional Assistida por Cães, observa mudanças no filho, o filho passou a fazer coisas em casa que antes não fazia, o filho conta sobre as sessões terapêuticas em casa, considera que o filho fazer a Terapia Ocupacional Assistida por Cães impacta a rotina diária pessoal, ou seja este tipo de terapia tem efeito somente na criança ou tem efeitos que podem ser estendidos para a vida da pessoal que é a mãe ou pai desta criança. O roteiro passou por um processo de validação por meio de análise por especialistas qualificados no domínio do conteúdo (Monteiro; Hora, 2013), ou seja, pesquisadores experientes tanto na elaboração e aplicação de questionários, como com a população de mães de crianças com deficiência e que trabalham com Terapia Assistida por Cães. Dessa maneira, após a elaboração do roteiro enviamos para três especialistas da área de Tratamento Assistidos por Animais que contribuíram com alguns ajustes de forma que as perguntas ficassem aptas para uso adequado.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, para que o discurso oral das participantes fosse transformado em discurso escrito passíveis de realizar análise temática de Braun e Clarke (2006). O roteiro foi aplicado ao término do plano terapêutico de 9 sessões (APÊNDICE I).

## **6.5 Procedimentos para Análise dos Dados**

A COPM possui procedimento próprio que consiste na computação das respostas de cada participante relativas a: grau de importância atribuída às ocupações (dentro das áreas de autocuidado, produtividade e lazer) variando de 1 (sem importância nenhuma) até 10 (extremamente importante); menção aos 5 principais problemas de desempenho ocupacional classificando-os conforme a escala de desempenho que varia de 1 (incapaz de fazer) até 10 (faço extremamente bem) e grau de satisfação com o desempenho conforme a escala 1 (nada satisfeito) até 10 (extremamente satisfeito).

A aplicação da COPM foi realizada na pré-intervenção, quando proveu informações sobre os principais problemas de desempenho ocupacional e assim desenvolveu-se o plano terapêutico, e também e na pós intervenção para comparar os valores finais e observar mudanças ocupacionais. Posteriormente à identificação dos valores na pré e pós intervenção, a COPM apresenta um campo específico para quantificar as pontuações obtidas em desempenho e satisfação na avaliação inicial e reavaliação. A pontuação de desempenho e satisfação 1 refere-se aos valores obtidos na pré intervenção, e assim são somados e divididos pelo número de problemas ocupacionais identificados. A pontuação de desempenho e satisfação 2 refere-se aos valores obtidos na pós intervenção, e assim são somados e divididos pelo número de problemas ocupacionais identificados. Ao fim, para verificar se houve mudanças em desempenho e ocupação e conseqüentemente comparar o pré e pós intervenção, foi realizado um novo cálculo subtraindo o valor de desempenho 2 pelo valor de desempenho 1 e o valor de satisfação 2 pelo valor de satisfação 1. Para cada criança houve a descrição dos escores através de tabela com os problemas ocupacionais e as respectivas pontuações e tabela com a pontuação final. O manual da COPM indica que mudanças de dois ou mais pontos clinicamente importantes.

Além da análise própria da COPM, foi utilizado o Método JT para análise comparativa dos escores de desempenho ocupacional pré e pós-intervenção para verificar se as diferenças representam mudanças confiáveis e se são clinicamente significativas (Jacobson; Truax, 1991).

Segundo Jacobson e Truax (1991), os testes de significância puramente estatísticos são limitados para avaliação da eficácia de um tratamento já que não disponibilizam informações sobre a variabilidade da resposta ao tratamento da amostra pesquisada, isto é, produzem uma estimativa numérica de quanto pessoas reagiram a um tratamento, mas não a maneira como cada pessoa especificamente reagiu. Assim, propõem a análise da significância clínica e da mudança confiável em grupos e/ou pessoas submetidos a uma intervenção terapêutica, sendo aplicáveis a uma ampla variedade de questões clínicas (Jacobson; Follette; Revenstorf, 1984, 1986; Jacobson *et al.*, 2011; Wise, 2011). Diante disso, o Método JT foi proposto para determinar a efetividade de uma intervenção a partir de evidências empíricas adequadas a sua validade interna e externa. A validade interna da intervenção aponta que os resultados podem ser atribuídos aos procedimentos usados e não a uma oscilação decorrente de um erro de medida, enquanto a validade externa se caracteriza pelo conjunto de aspectos que possibilitam verificar o grau em que atingem os resultados da intervenção, ou seja, se as mudanças que aconteceram em consequência da intervenção são clinicamente significativas (Del Prette; Del Prette, 2008).

O Método JT realiza uma análise comparativa entre os escores da pré e pós intervenção com a finalidade de identificar se diferenças entre eles correspondem ao Índice de Mudança Confiável (IMC) e Significância Clínica (SC). O IMC indica se as mudanças pré e pós intervenção são atribuídas a intervenção ou se devem a erros de medida. Para ser um indicador de erro de medida na avaliação, irá ser comparado a uma distribuição teórica de erros de medida do instrumento (COPM), para tal finalidade os autores do método desenvolveram uma fórmula própria que se baseia na diferença entre pré e pós intervenção dividida pelo erro padrão da diferença. A SC demonstra se as mudanças alcançadas ocorreram de forma que as caracterize como clinicamente relevantes, ou seja a ponto de alterar o status clínico da pessoa, sendo que para isso o método determina três critérios baseados na disponibilidade ou não de dados normativos de distribuição dos escores sobre população funcional e disfuncional para a singularidade que consiste como indicador de mudança: **Critério A** – Utiliza-se quando não se dispõe de dados normativos para a população disfuncional ou se não dispõe de dados normativos que possam ser usados para a amostra atual. As mudanças clinicamente significativas ocorrem quando os dados mostram que a pessoa está fora da distribuição de escores da população disfuncional. **Critério B** – Utiliza-se quando se dispõe de dados normativos para a população funcional. As mudanças clinicamente significativas ocorrem quando na pós intervenção a pessoa fica dentro da distribuição de escores da população funcional (não clínica). **Critério C** - Utiliza-se quando se dispõe de dados normativos para a

população funcional e disfuncional. As mudanças clinicamente significativas ocorrem quando a pessoa fica para fora da distribuição disfuncional e para dentro da distribuição funcional (Jacobson; Truax, 1991; Jacobson *et al.*, 1999; Del Prette; Del Prette, 2008, 2012).

Ao aplicar essa métrica a uma amostra de participantes submetidos a um programa de intervenção, é possível identificar a porcentagem de pessoas que apresentaram melhora sem recuperação completa, aquelas que se recuperaram e aquelas que permaneceram inalteradas ou pioraram durante o tratamento. Esses percentuais descritivos podem ser comparados entre grupos por meio de análises de tabelas de contingência, a fim de verificar se as diferenças observadas são estatisticamente significativas, ou podem ser utilizados apenas de forma descritiva, contribuindo para enriquecer as comparações entre grupos baseadas em diferenças. De todo modo, essas proporções fornecem informações relevantes sobre a variabilidade dos resultados dentro de cada condição de tratamento, destacando, assim, a importância prática da intervenção (Jacobson *et al.*, 1999; Villa; Aguiar; Del Prette, 2012).

Para conhecer a compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães e quais mudanças referem nos componentes de desempenho ocupacional dos filhos, foi realizada a análise temática das entrevistas após a transcrição das mesmas. A análise temática tem por finalidade identificar nos dados padrões de significados e questões de possível interesse a pesquisa (Souza, 2019).

Esta pesquisa embasou-se na análise temática descrita por Braun e Clarke (2006) que é realizada em seis fases passos, conforme descritas abaixo:

Fase 1- Familiarização com dados: Após as entrevistas que foram previamente gravadas, as transcrições foram realizadas e já foi possível um entendimento sobre os dados coletados. Em seguida, os dados foram lidos inúmeras vezes em busca de ideias para assim identificar significados e padrões.

Fase 2- Gerando códigos iniciais: Para a produção dos códigos, após a familiarização com os dados, utilizou-se o *Taguette* que é uma ferramenta de pesquisa qualitativa onde é possível identificar características dos dados e conseqüentemente realizar a codificação dos extratos. Diante disto, no quadro 3 abaixo segue a lista de códigos gerados.

**Quadro 4** - Códigos iniciais.

<b>AFETO PELO CÃO</b>	<b>INTERAÇÃO SOCIAL FAMILIAR</b>
<b>ANIMAIS EM CASA</b>	<b>INTERAÇÃO SOCIAL NA ESCOLA</b>
<b>DESENVOLVIMENTO AUTOUCIDADO</b>	<b>MELHORA COMPORTAMENTAL</b>
<b>DESENVOLVIMENTO COORDENAÇÃO MOTORA</b>	<b>MUDANÇAS ACONTECERAM APÓS A TERAPIA OCUPACIONAL ASSISTIDA POR CÃES</b>
<b>DESENVOLVIMENTO ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO</b>	<b>RECOMENDAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL ASSISTIDA POR CÃES PARA OUTRAS MÃES E/OU PAIS</b>
<b>DIMINUIÇÃO DE CRISES COMPORTAMENTAIS EM RELACIONAMENTOS</b>	<b>INTERAÇÃO COM CÃES NO DIA A DIA</b>
<b>ENTENDIMENTO SOBRE TERAPIA OCUPACIONAL ASSISTIDA POR CÃES</b>	<b>VERBALIZAÇÃO</b>

Fonte: Elaboração própria.

Fase 3 - Procurando por temas: Após identificar os códigos, foi realizada análise e considerados quais códigos diferentes são passíveis de formar temas abrangentes e subtemas e todos os extratos de dados foram codificados em relação a eles.

Fase 4 - Revisando os temas: Nesta fase foi realizado uma revisão e um refinamento dos temas encontrados anteriormente. Ou seja, houve novamente uma leitura de todos os extratos considerados para cada tema e a observação de um padrão coerente entre eles. Após isto, no refinamento reorganizou-se alguns temas e subtemas.

Fase 5 - Definindo e nomeando temas: Com os temas definidos e conhecendo a “essência” de cada um, buscou-se identificar quais “histórias” cada tema irá contar de acordo com um dos objetivos específicos deste estudo que é “Conhecer a compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães e quais mudanças referem nos componentes de desempenho ocupacional dos filhos(as)”.

Fase 6 - Produzindo o relatório: Com o conjunto de temas formados, essa fase consistiu em realizar a escrita do relatório final através de um relato conciso, coerente, lógico e que não seja repetitivo, fornecendo provas suficientes da prevalência dos temas. Sendo assim, apresenta-se 3 temas resultantes da análise temática feita neste estudo.

Já para a *Zarit Burden Interview Scale*, cada mãe recebeu seu escore individualmente, sendo que a pontuação total varia entre 0 e 88 pontos, onde o maior escore corresponde a uma maior percepção de sobrecarga de acordo com os seguintes pontos de corte:  $\leq 21$  significa “Ausência de sobrecarga”; de 21-40 corresponde a “Sobrecarga leve a moderada”, de 41-60 “Sobrecarga moderada a severa” e  $\geq 61$  “Sobrecarga Severa” (Scazufca, 2002).

Por fim, os relatórios de ação foram analisados mediante leitura e extração dos dados que respondiam às perguntas de pesquisa.

## **7. RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados em subcapítulos conforme os objetivos específicos e respectivos instrumentos utilizados para coleta, sendo o 7.1 Informações gerais sobre as crianças, problemas funcionais para o desempenho ocupacional pré e pós-intervenção, objetivos e planos terapêuticos com a incorporação do cão, 7.2. Análise dos escores de desempenho ocupacional pelo Método JT, 7.3 Compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães e mudanças que observaram nos componentes de desempenho ocupacional dos filhos(as) e 7.3 Nível de sobrecarga das mães pré e pós intervenção dos filhos.

### **7.1. Informações gerais sobre as crianças, problemas funcionais para o desempenho ocupacional pré e pós-intervenção, objetivos e planos terapêuticos com a incorporação do cão.**

A partir da análise dos relatórios de cada criança foram extraídas informações relativas à idade, gênero, características das crianças, tempo atendimento na Terapia Ocupacional Assistida por Cães e se realizam outros tipos de intervenção no mesmo momento, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Informações sobre as crianças.

CRIANÇA	GÊNERO	IDADE	NÍVEL TEA	CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA	TEMPO ATENDIMENTO NA TERAPIA OCUPACIONAL ASSISTIDA POR CÃES	OUTRAS INTERVENÇÕES
C1	Fem.	3a	Nível 3	Possui seletividade alimentar, estereotípias motoras, olha para a mão com frequência e faz contato visual, mas não mantém durante a interação. Não leva objeto a boca, não rabisca, emite sons guturais, explora objetos, mas sem objetivo, range dentes, chora com frequência principalmente quando contrariada, interação social limitada, não responde a comandos. Gosta do contato da pele com tecido macio/fofo (manta utilizada para envolvê-la) e também de toque suave e devagar na pele. Não segura objetos por muito tempo quando não há interesse. Aparenta bom equilíbrio (caminha, engatinha e sobe em pequenos obstáculos).	6 meses	Terapia Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia
C2	Fem.	4a 7m	Nível 3	Possui agitação psicomotora, balanceio de tronco constante, estereotípias motoras, linguagem com algumas palavras com sentido e contexto, ecolalia, emite sons e gritos enquanto circula e explora o ambiente e objetos, faz breve contato visual, mas não mantém durante a interação e estranha pessoas novas.	6 meses	Psicologia e Fonoaudiologia
C3	Masc.	6a	Nível 3	Possui agitação psicomotora, estereotípias motoras de mão, linguagem com algumas palavras com sentido e contexto, mas, às vezes, ininteligível. Emite sons e gritos enquanto circula e explora o ambiente e objetos, faz breve contato visual, mas não mantém durante a interação	6 meses	Terapia Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia
C4	Masc.	9a 4m	Nível 1	Possui agitação psicomotora com busca constante por estímulos sensoriais/motores, faz contato visual e mantém durante a interação, apresenta atenção e concentração por curtos períodos.	6 meses	Terapia Ocupacional

Fonte: Elaboração própria.

No quadro 5, podemos observar a frequência das crianças na intervenção durante o período de 6 meses.

Quadro 5 – Frequência das crianças na intervenção durante o período de 6 meses

CRIANÇA	Sessão 01	Sessão 02	Sessão 03	Sessão 04	Sessão 05	Sessão 06	Sessão 07	Sessão 08	Sessão 09	Sessão 10	Sessão 11	Sessão 12	Sessão 13	Sessão 14	Sessão 15	Total Comparecimento	Total Faltas
C1	F	F	C	C	F	F	F	C	C	C	C	C	C	F	C	9	6
C2	C	C	C	C	F	C	C	C	C	C	C	C	F	C	C	13	2
C3	C	C	C	F	C	C	F	C	C	C	C	C	C	C	C	13	2
C4	C	C	C	C	C	C	F	C	C	C	C	C	F	C	C	13	2

Fonte: Elaboração própria.

Para identificar as faltas nas sessões, utilizou-se a letra F, e para identificar que a criança compareceu no atendimento utilizou-se a letra C.

Dentro do período de atendimento que compreendeu 6 meses, 1 dia da intervenção caiu em uma terça de carnaval e outros 2 dias a terapeuta responsável pelos atendimentos estava em congresso no exterior. Esses dias foram eliminados do quadro.

As mães durante a pré e pós-intervenção responderam a COPM indicando em quais áreas de ocupação (autocuidado, lazer e produtividade) os filhos apresentavam dificuldades funcionais para o desempenho ocupacional. Apresenta-se abaixo as respostas de cada mãe sobre os filhos(as) em relação dificuldades funcionais para o desempenho ocupacional pré-intervenção, os objetivos e planos terapêuticos com a incorporação do cão e os resultados da avaliação pós-intervenção indicando mudanças nos problemas funcionais para o desempenho ocupacional das crianças. As tabelas apresentadas de desempenho ocupacional e pontuação final são as utilizadas no próprio instrumento.

A **M1** relatou durante a entrevista pré-intervenção que as áreas de dificuldades no desempenho ocupacional da sua filha (**C1**) eram: Cuidados Pessoais (segurar mamadeira) e Brincar/Escola (verbalização, segurar/manusear/entregar objetos e atenção/concentração). Na tabela 3 a seguir identificamos como ficaram elencados os três mais importantes com a nota para desempenho e satisfação.

**Tabela 3**– Desempenho Ocupacional criança C1 ANTES da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

<b>Criança</b>	<b>Problema Desempenho Ocupacional</b>	<b>Desempenho</b>	<b>Satisfação</b>
<b>C1</b>	Segurar/Manusear/Entregar objetos	3	3
	Verbalização	3	3
	Atenção/Concentração	3	3

Fonte: Elaboração própria.

Com os resultados da COPM, os objetivos terapêuticos foram traçados para a realização da Terapia Ocupacional Assistida por Cães: **1.** Estimular a coordenação motora fina (segurar/manusear/entregar objetos); **2.** Estimular uma resposta (verbal ou em ação) para o que lhe é solicitado; **3.** Estimular a atenção e concentração em uma tarefa por um período maior de tempo. No quadro 6 abaixo são especificadas quais as atividades realizadas para alcançar os objetivos terapêuticos:

**Quadro 6** – Objetivos terapêuticos e atividades realizadas criança C1.

<b>Objetivos Terapêuticos</b>	<b>Atividades Realizadas Participação Direta do cão</b>	<b>Atividades Realizadas Participação Indireta do Cão</b>
Estimular a coordenação motora fina (segurar/manusear/entregar objetos); Estimular uma resposta (verbal ou em ação); Estimular a atenção e concentração em uma tarefa por um período maior de tempo.	As atividades com participação direta foram: Dar petisco para o cão; Pentear o cão; Fazer carinho no cão; Jogo de Tabuleiro de petiscos; Colocar petiscos em pote com texturas e estimular criança a pegar; Dar petiscos e comandos para o cão; Pescaria de potinhos contendo petisco e de bolas. Ao pescar os potinhos, abri-los e dar o petisco para o cão; Fazer bolinha de sabão enquanto interage com o cão; Fazer laços no cão com diferentes cores e texturas.	Dar banho em um cão de plástico; Escovar a pelúcia do cão; Pintar desenho do cão com lápis de cor; Colocar petiscos em um pote com texturas diferentes e incentivar a criança a pegar.

Fonte: Elaboração própria

Após 9 sessões de Terapia Ocupacional Assistida por Cães, a COPM foi reaplicada com a **M1** para que ela pudesse reavaliar os problemas de desempenho ocupacional atribuindo uma nova nota de desempenho e satisfação. Diante disso, podemos observar as alterações nas notas de desempenho e satisfação na Tabela 4.

**Tabela 4** – Desempenho Ocupacional criança C1 **DEPOIS** da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

<b>Criança</b>	<b>Problema Desempenho Ocupacional</b>	<b>Desempenho</b>	<b>Satisfação</b>
<b>C1</b>	Segurar/Manusear/Entregar objetos	8	8
	Verbalização	7	7
	Atenção/Concentração	8	8

Fonte: Elaboração própria.

Após quantificar os valores, obteve-se as seguintes pontuações em relação a pontuação obtida na pré e na pós intervenção, conforme tabela 5:

**Tabela 5** – Pontuação final da criança C1 na Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

<b>Pontuação:</b>	<b>Pontuação total do Desempenho ou da Satisfação</b>	<b>Pontuação do Desempenho 1</b>	<b>Pontuação da Satisfação 1</b>	<b>Pontuação do Desempenho 2</b>	<b>Pontuação da Satisfação 2</b>
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Problemas}}{\text{Pontuação total do Desempenho ou da Satisfação}}$	= 9/3	= 9/3	= 23/3	= 23/3
<b>Pontuação total</b>		[3]	[3]	[7,66]	[7,66]

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 [7,66] - Pontuação do Desempenho 1 [3] = 4,66

$$\text{Mudança na Satisfação} = \frac{\text{Pontuação da Satisfação 2 [7,66]} - \text{Pontuação da Satisfação 1 [3]} = 4,66}{\text{Fonte: Adaptado do Manual da COPM.}}$$

Nesse caso, houve mudança de pontuação final tanto no desempenho quanto na satisfação de 4,66, o que segundo o manual da COPM representa uma mudança significativa, pois para isso é necessário o mínimo de 2 pontos de diferença entre pré e pós. Com isso, infere-se que a Terapia Ocupacional Assistida por Cães foi positiva para o desempenho ocupacional da C1.

A **M2** relatou durante a entrevista pré-intervenção que as áreas de dificuldades no desempenho ocupacional da sua filha (**C2**) eram: Brincar/Escola (verbalização; atenção/concentração/ficar sentada e interação social). Na tabela 6 a seguir identificamos como ficaram elencados os quatros mais importantes com a nota para desempenho e satisfação.

**Tabela 6** – Desempenho Ocupacional criança C2 ANTES da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

Criança	Problema Desempenho Ocupacional	Desempenho	Satisfação
<b>C2</b>	Verbalização	1	1
	Atenção/Concentração	1	1
	Ficar sentada	1	1
	Interação Social	1	1

Fonte: Elaboração própria.

Com os resultados da COPM, os objetivos terapêuticos foram traçados para a realização da Terapia Ocupacional Assistida por Cães: **1.** Estimular a habilidade de compreensão do que lhe é dito; **2.** Estimular o tempo de atenção e concentração em uma atividade; **3.** Estimular a verbalização; **4.** Estimular a interação social. No quadro 7 abaixo são especificadas quais as atividades realizadas para alcançar os objetivos terapêuticos:

**Quadro 7** – Objetivos terapêuticos e atividades realizadas criança C2.

<b>Objetivos Terapêuticos</b>	<b>Atividades Realizadas Participação Ativa do cão</b>	<b>Atividades Realizadas Participação Indireta do Cão</b>
Estimular a habilidade de compreensão do que lhe é dito; Estimular o tempo de atenção e concentração em uma atividade; Estimular a verbalização; Estimular a interação social.	Fazer carinho no cão; Pentear o cão; Dar petiscos ao cão; Passear com o cão segurando pela guia; Amarrar o laço no cão; Jogo de tabuleiro de petiscos; Jogo de memória com imagens e ações para serem feitas com o cão, a saber: sentar, deitar, dar a pata, dançar, dar petisco, pentear, passear; Atividade de pintar dois desenhos, sendo um com a imagem do cão e um de um desenho que criança gosta em conjunto com o cão; Jogo de bolinhas da caixa do cão, no qual criança deve jogar a bolinha dentro da “boca” do cão; Bolinha de sabão como ferramenta, buscando interagir com o cão e direcionando ela onde soprar a bolinha; Atividade de soprar bolinhas de sabão ora para o cão pegar ora seguindo as bolhas de sabão confeccionadas em EVA coladas pela sala; Soprar bolhas de sabão com diversos sopradores: soprador manual de palito e lã, soprador de arame manual, e soprador de bolhas tradicionais e soprar as bolhas para o cão pegar; Soprar bolhas de sabão com diversos sopradores: soprador manual de palito e lã, soprador de arame manual, e soprador de bolhas tradicionais e soprar as bolhas para o cão pegar.	Atividade de pintar desenho da personagem preferida da criança tendo ao seu lado um desenho do cão e o nome da criança; Atividade de leitura com livros de animais.

Fonte: Elaboração própria.

Após 9 sessões de Terapia Ocupacional Assistida por Cães, a COPM foi reaplicada com a **M2** para que ela pudesse reavaliar os problemas de desempenho ocupacional atribuindo uma nova nota de desempenho e satisfação. Diante disso, podemos observar as alterações nas notas de desempenho e satisfação na Tabela 7.

**Tabela 7** – Desempenho Ocupacional criança C2 **DEPOIS** da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

<b>Criança</b>	<b>Problema Desempenho Ocupacional</b>	<b>Desempenho</b>	<b>Satisfação</b>
<b>C2</b>	Verbalização	2	2
	Atenção/Concentração	2	2
	Ficar sentada	3	3
	Interação Social	3	3

Fonte: Elaboração própria.

Após quantificar os valores, obteve-se as seguintes pontuações em relação a pontuação obtida na pré e na pós intervenção, conforme Tabela 8:

**Tabela 8** – Pontuação final da criança C2 na Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

<b>Pontuação:</b>	Pontuação total do Desempenho ou da Satisfação	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
		Nº Problemas	= 4/4	= 4/4	= 10/4
Pontuação total		[1]	[1]	[2,5]	[2,5]

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 [2,5] - Pontuação do Desempenho 1 [1] = 1,5

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 [2,5] - Pontuação da Satisfação 1 [1] = 1,5

Fonte: Adaptado do Manual da COPM.

Nesse caso, houve mudança de pontuação tanto no desempenho quanto na satisfação de 1,5, o que segundo o manual da COPM não representa uma mudança significativa, pois para isso é necessário no mínimo 2 pontos de diferença da pré e pós intervenção tanto para desempenho quanto para satisfação.

A **M3** relatou durante a entrevista pré-intervenção que as áreas de dificuldades no desempenho ocupacional de seu filho (**C3**) eram: Cuidados Pessoais (tomar banho, vestido roupa e amarrar cadarço) e Brincar/Escola (atenção/concentração, verbalização e interação social). Na tabela 9 a seguir identificamos como ficaram elencados os cinco mais importantes com a nota para desempenho e satisfação.

**Tabela 9** – Desempenho Ocupacional criança C3 ANTES da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

<b>Criança</b>	<b>Problema Desempenho Ocupacional</b>	<b>Desempenho</b>	<b>Satisfação</b>
<b>C3</b>	Tomar banho	6	5
	Vestir roupa/Amarrar cadarço	5	4
	Atenção/Concentração	5	5
	Verbalização	5	5
	Interação Social	5	5

Fonte: Elaboração própria.

Com os resultados da COPM, os objetivos terapêuticos foram traçados para a realização da Terapia Ocupacional Assistida por Cães: **1.** Estimular a coordenação motora fina para amarrar cadarço; **2.** Ajudar na ordem do banho; **3.** Estimular o tempo de atenção e concentração

em uma atividade; 4. Estimular a verbalização/diálogo; 5. Estimular a interação social. No quadro 8 abaixo são especificadas quais as atividades realizadas para alcançar os objetivos terapêuticos:

**Quadro 8** - Objetivos terapêuticos e atividades realizadas criança C3.

<b>Objetivos Terapêuticos</b>	<b>Atividades Realizadas Participação Ativa do cão</b>	<b>Atividades Realizadas Participação Indireta do Cão</b>
Estimular a coordenação motora fina para amarrar cadarço; Ajudar na ordem do banho; Estimular o tempo de atenção e concentração em uma atividade; Estimular a verbalização/diálogo; Estimular a interação social	Fazer carinho no cão; Pentear o cão; Dar petiscos ao cão; Passear com o cão segurando pela guia; Jogo de tabuleiro de petiscos; Jogo de memória com imagens e ações para serem feitas com o cão, a saber: sentar, deitar, dar a pata, dançar, dar petisco, pentear, passear; Jogo de bolinhas da caixa do cão, no qual criança deve jogar a bolinha dentro da “boca” do cão; Jogo de boliche com comandos para o cão; Atividade de pescaria; Passear com o cão para estimular a verbalização e concentração.	Desenho explicando todos os passos de tomar banho e dar banho na Perla; Cartinhas de banho para criança dar banho no cão de pelúcia; Atividade de banho envolvendo água diretamente para lavar a pelúcia; Atividade de procurar e pendurar os laços da Perla em um varal, utilizando pregadores; Atividade de amarrar o laço no cão de papel; Atividade de alinhar com barbante o caminho do cão para sua família.

Fonte: Elaboração própria.

Após 9 sessões de Terapia Ocupacional Assistida por Cães, a COPM foi re aplicada com a **M3** para que ela pudesse reavaliar os problemas de desempenho ocupacional atribuindo uma nova nota de desempenho e satisfação. Diante disso, podemos observar as alterações nas notas de desempenho e satisfação na Tabela 10.

**Tabela 10** – Desempenho Ocupacional criança C3 **DEPOIS** da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

<b>Criança</b>	<b>Problema Desempenho Ocupacional</b>	<b>Desempenho</b>	<b>Satisfação</b>
<b>C3</b>	Tomar banho	10	10
	Vestir roupa/Amarrar cadarço	10	10
	Atenção/Concentração	10	10
	Verbalização	10	10
	Interação Social	10	10

Fonte: Elaboração própria.

Após quantificar os valores, obteve-se as seguintes pontuações em relação a pontuação obtida na pré e na pós intervenção, conforme Tabela 11:

**Tabela 11** – Pontuação final da criança C3 na Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

Pontuação:	Pontuação total do Desempenho ou da Satisfação	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
		Nº Problemas	= 26/5	= 24/5	= 50/5
Pontuação total		[5,2]	[4,8]	[10]	[10]

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 [10] - Pontuação do Desempenho 1 [5,2] = 4,8

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 [10] - Pontuação da Satisfação 1 [4,8] = 5,2

Fonte: Adaptado do Manual da COPM.

Nesse caso houve mudança de pontuação final de desempenho de 5,2 e de satisfação de 4,8, o que segundo o manual da COPM aponta uma mudança significativa pois é necessário o mínimo de 2 pontos de diferença da pré e pós intervenção. Com isso, infere-se que a Terapia Ocupacional Assistida por Cães foi positiva para o desempenho ocupacional da C3.

A **M4** relatou durante a entrevista pré-intervenção que as áreas de dificuldades no desempenho ocupacional de seu filho (**C4**) eram: Cuidados Pessoais (amarrar cadarço) e Brincar/Escola (atenção/concentração, preensão lápis/tesoura). Na tabela 12 a seguir identificamos como ficaram elencados os quatro mais importantes com a nota para desempenho e satisfação.

**Tabela 12** – Desempenho Ocupacional criança C4 ANTES da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

Criança	Problema Desempenho Ocupacional	Desempenho	Satisfação
C4	Atenção/Concentração	5	5
	Preensão lápis	5	5
	Preensão tesoura	5	5
	Amarrar cadarço	5	5

Fonte: Elaboração própria.

Com os resultados da COPM, os objetivos terapêuticos foram traçados para a realização da Terapia Ocupacional Assistida por Cães: **1.** Estimular tempo de atenção e concentração; **2.** Estimular autocontrole e habilidade de esperar a vez para falar e fazer durante a atividade e interação com o cão e amigo; **3.** Estimular coordenação motora fina para preensão do lápis, para

desenhar e escrever; **4.** Estimular habilidades sociais; **5.** Estimular esquema corporal e discriminação de lado direito e esquerdo; **6.** Trabalhar coordenação motora global e equilíbrio. No quadro 9 abaixo são especificadas quais as atividades realizadas para alcançar os objetivos terapêuticos:

**Quadro 9** - Objetivos terapêuticos e atividades realizadas criança C4.

Objetivos Terapêuticos	Atividades Realizadas Participação Ativa do cão	Atividades Realizadas Participação Indireta do Cão
<p>Estimular tempo de atenção e concentração; Estimular autocontrole e habilidade de esperar a vez para falar e fazer durante a atividade e interação com o cão e amigo; Estimular coordenação motora fina para prensão do lápis, para desenhar e escrever; Estimular habilidades sociais; Estimular esquema corporal e discriminação de lado direito e esquerdo; Trabalhar coordenação motora global e equilíbrio.</p>	<p>Fazer carinho no cão; Pentear o cão; Dar petisco para o cão; Dar comando de pedir a pata, dançar e deitar; Passear com o cão segurando pela guia; Jogo de tabuleiro de petiscos; Atravessar túnel com o cão; Comandos com o cão e escolher 2 cartas do jogo da memória; Esconder petiscos para o cão achar; Atividade de cortar o petisco em pedaços pequenos e esconder na sala para o cão encontrar; Atividade de pescaria: pescar dentro de uma bacia com água e com uma vara, potinhos contendo petiscos, ao pescar entregar o petisco para o cão</p>	<p>Construção conjunta (pensar e escrever) de um cartaz com as regras para serem pactuadas e respeitadas por todos envolvidos nas sessões; Contornar o próprio pé e um molde da pata do cão com uma caneta colorida, sendo uma fina e outra uma grossa; Cortar os modelos de pé em EVA que foram previamente desenhados pelos estagiários; Pintar um desenho do cão; Pintar o desenho de Wandinha mais o desenho do cão e realizar o recorte do desenho; Jogo da memória; Pular amarelinha; Acertar bola na boca do cão em pequena distância; Amarrar laço no cão de pelúcia e tênis; Atividade de consertar e completar as seguintes palavras : cachorro, laço, passear, amarrar, atravessar, túnel e Perla; Leitura de um livro sobre cães, relacionando a história com o cão; Atividade de amarrar o cadarço do sapato (folhas com instruções em formato de passo a passo de como realizar a amarração, junto de um desenho de sapato no papelão, cujo objetivo é amarrar o barbante “cadarço”); Livro Laços da rotina: história sobre a rotina do cão e como ela se separa de sua família todos os dias para ir trabalhar. O livro junto da história contém atividades como amarrar e desamarrar um laço na Perla, pintura, caça-palavras, labirinto que liga o cão ao seu petisco; Gincana Desafio da Destreza: Recortar o cão: 3 figuras do cão (uma indicando recorte quadrado, outra indicando recorte circular e a última sendo recorte livre), Transferência com Pinça: Potinho de mini cão e a criança precisa transferi-las para outro recipiente usando uma pinça e depois recortar o cão, Passar o Fio: Percurso pré-determinado, passando um fio por entre os buracos e encontrando o cão com sua família.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Após 9 sessões de Terapia Ocupacional Assistida por Cães, a COPM foi reaplicada com a **M4** para que ela pudesse reavaliar os problemas de desempenho ocupacional atribuindo uma

nova nota de desempenho e satisfação. Diante disso, podemos observar as alterações nas notas de desempenho e satisfação na Tabela 13.

**Tabela 13** – Desempenho Ocupacional criança C4 **DEPOIS** da Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

Criança	Problema	Desempenho	Satisfação
C4	Atenção/Concentração	7	7
	Preensão lápis	9	9
	Preensão tesoura	6	6
	Amarrar cadarço	6	6

Fonte: Elaboração própria.

Após quantificar os valores, obteve-se as seguintes pontuações em relação a pontuação obtida na pré e na pós intervenção, conforme Tabela 14:

**Tabela 14** – Pontuação final da criança C4 na Terapia Ocupacional Assistida por Cães.

Pontuação:	Pontuação total do Desempenho ou da Satisfação	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
		$\frac{\text{N}^\circ \text{ Problemas}}{\text{Pontuação}}$	= 20/4	= 20/4	= 28/4
Pontuação total		[5]	[5]	[7]	[7]

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 [7] - Pontuação do Desempenho 1 [5] = 2

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 [7] - Pontuação da Satisfação 1 [5] = 2

Fonte: Adaptado do Manual da COPM.

Nesse caso, houve mudança de pontuação tanto no desempenho quanto na satisfação de 2, o que segundo o manual da COPM representa uma mudança significativa pois é necessário o mínimo de 2 pontos de diferença da pré e pós intervenção. Infere-se que a Terapia Ocupacional Assistida por Cães foi positiva para o desempenho ocupacional da C4.

Em síntese, apresenta-se no Quadro 10 os problemas funcionais com as notas de avaliação no pré e pós intervenção de cada criança:

**Quadro 10** – Resumo dos problemas funcionais com as notas de avaliação no pré e pós intervenção.

Criança	Problema Desempenho Ocupacional	PRÉ INTERVENÇÃO		PÓS INTERVENÇÃO		PONTUAÇÃO FINAL	
		Desempenho	Satisfação	Desempenho	Satisfação	Desempenho	Satisfação
C1	Segurar/Manusear/Entregar objetos	3	3	8	8	4,66	4,66
	Verbalização	3	3	7	7		
	Atenção/Concentração	3	3	8	8		
C2	Verbalização	1	1	2	2	1,5	1,5
	Atenção/Concentração	1	1	2	2		
	Ficar sentada	1	1	3	3		
	Interação Social	1	1	3	3		
C3	Tomar banho	6	5	10	10	4,8	5,2
	Vestir roupa/Amarrar cadarço	5	4	10	10		
	Atenção/Concentração	5	5	10	10		
	Verbalização	5	5	10	10		
	Interação Social	5	5	10	10		
C4	Atenção/Concentração	5	5	7	7	2	2
	Preensão lápis	5	5	9	9		
	Preensão tesoura	5	5	6	6		
	Amarrar cadarço	5	5	6	6		

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que das 4 crianças apenas 1 não teve mudança considerada significativa no desempenho das ocupações que foram referidas com problemas funcionais para sua realização. Apesar desta mudança não ter sido considerada de nível significativo conforme as regras da COPM, houveram mudanças sendo estas relatadas como positivas pela mãe.

## 7.2. Análise dos escores de desempenho ocupacional pelo Método JT

O Método JT foi utilizado para verificar se as diferenças entre os escores de desempenho pré e pós-teste representaram mudanças confiáveis e clinicamente significativas (Jacobson; Truax, 1991).

Para compreensão deste tipo de análise, o Método JT gera gráficos de dispersão nos quais a linha horizontal representa os escores de pré-intervenção (eixo x ou abscissa) e a linha vertical representa os escores de pós-intervenção (eixo y ou ordenada). Os resultados obtidos entre esses dois momentos são distribuídos no gráfico em relação às linhas diagonais, horizontais e verticais.

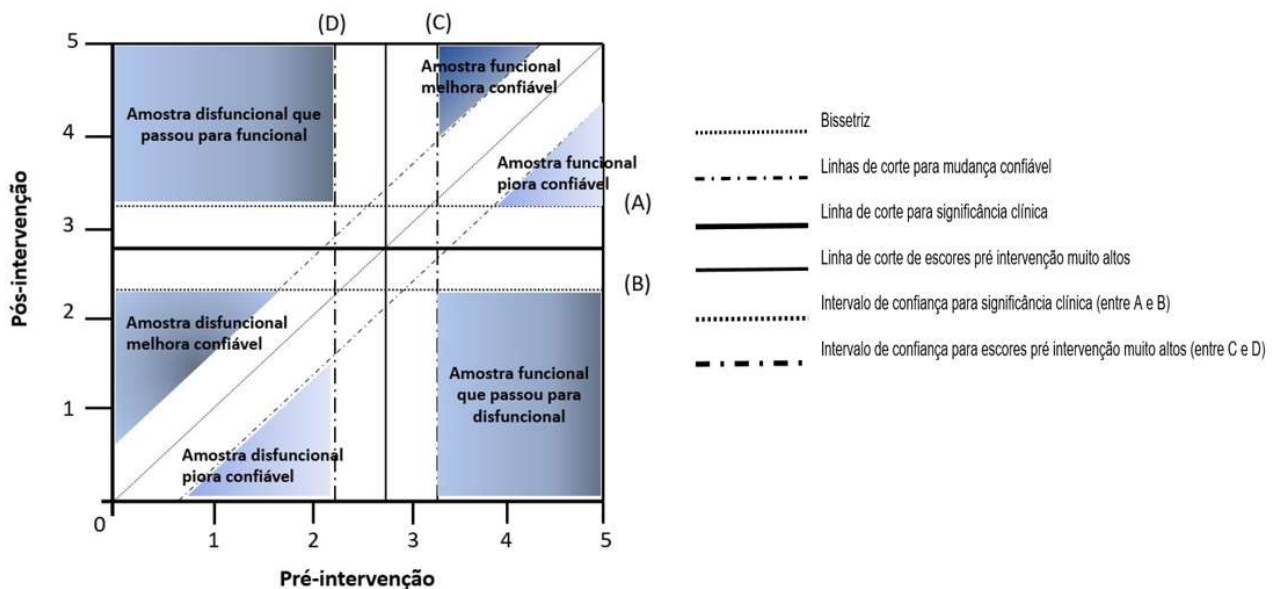
Na interpretação voltada ao Índice de Mudança Confiável (IMC), destaca-se a linha diagonal central, chamada bissetriz. Quando os pontos que representam os escores dos sujeitos estão acima da bissetriz, isso indica melhora atribuída à intervenção; quando estão abaixo, significa piora. Já os pontos localizados exatamente sobre a bissetriz ou dentro de seu intervalo de confiança não permitem afirmar mudança significativa, pois podem refletir apenas variações

aleatórias. As linhas diagonais paralelas à bissetriz delimitam uma faixa de incerteza, dentro da qual as alterações observadas são pequenas e possivelmente decorrentes de erros de medida.

Na interpretação relativa à Significância Clínica (SC), as linhas horizontais são fundamentais. A linha horizontal central corresponde ao ponto de corte para significância clínica: quando o ponto de um sujeito está acima dela, isso indica que passou a integrar a população funcional no atributo avaliado; quando está abaixo, permanece no grupo clínico. As linhas horizontais adicionais, acima e abaixo do ponto de corte, definem uma faixa de incerteza, na qual os escores não podem ser considerados totalmente confiáveis. Somente valores situados fora dessa faixa podem ser interpretados com segurança.

Por fim, a linha vertical central diferencia os sujeitos que já apresentavam escores funcionais antes da intervenção (pontos à direita da linha) daqueles que inicialmente estavam em condição disfuncional (pontos à esquerda). Assim como no caso das linhas horizontais, os traçados verticais paralelos delimitam uma faixa de incerteza em torno dessa divisão, na qual os escores também podem estar sujeitos a erros de medida. A Figura 5 apresenta a estrutura do gráfico, destacando o significado de cada quadrante, os quais são definidos pela interseção das linhas horizontais, verticais e diagonais:

**Figura 5** – Modelo explicativo do gráfico resultante da análise pelo Método JT.



Fonte: Adaptado de Villa; Aguiar; Del Prette, 2012

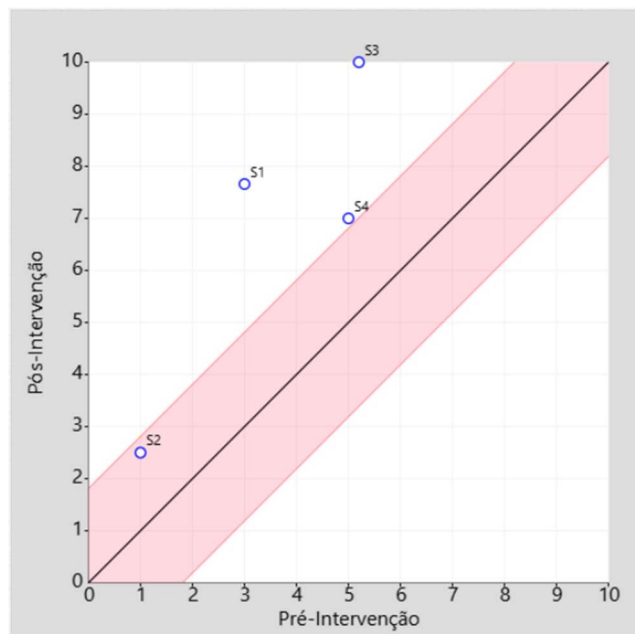
Em relação às mudanças dos escores de desempenho ocupacional das crianças serem confiáveis, ou seja atribuídas à intervenção, o Índice de Mudança Confiável (IMC) do Método JT indicou que:

As crianças C1, C3 e C4, representadas no Gráfico 1 respectivamente pelos pontos S1, S3 e S4, estão acima do traçado da diagonal superior, ou seja, apresentaram melhora que pode ser atribuída à intervenção.

A criança C2, representada no Gráfico 1 pelo ponto S2, está localizado entre as linhas superior e inferior à bissetriz, ou seja, na faixa de incerteza não podendo ser feitas afirmações de melhora devido à intervenção.

Abaixo no gráfico 1 são ilustrados esses resultados:

**Gráfico 1** – Comparação pré e pós-intervenção dos escores de desempenho ocupacional das crianças em relação ao Índice de Mudança Confiável (IMC).



Em relação às mudanças dos escores de desempenho ocupacional constituírem de fato uma alteração no status clínico das crianças, a Significância Clínica (SC) do Método JT indicou que:

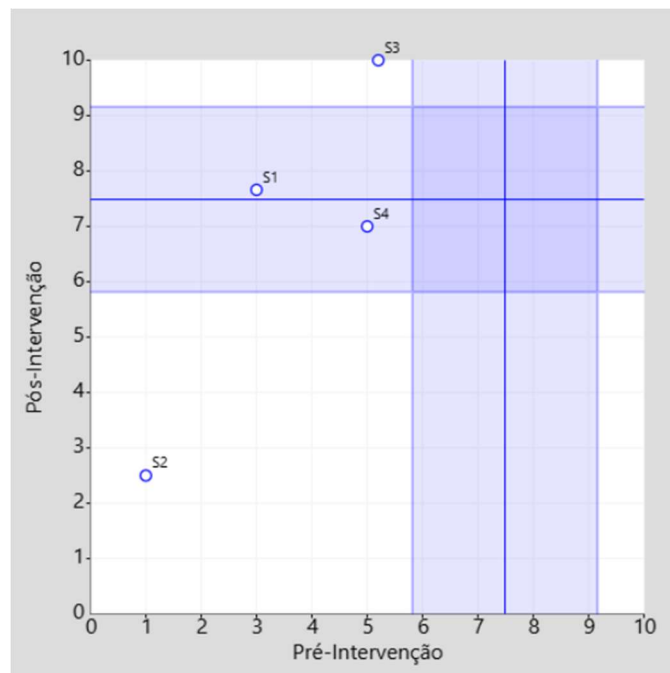
A criança C3, representada pelo ponto S3 no Gráfico 1, está acima do traçado horizontal superior e à esquerda do traçado vertical, o que representa que houve uma mudança clinicamente significativa, ou seja, a criança passou da população disfuncional para a população funcional.

As crianças C1 e C4, representadas respectivamente pelos pontos S1 e S4 no Gráfico 2, estão localizadas entre as linhas horizontais superior e inferior, ou seja, na faixa de incerteza e por isso não pode-se afirmar se a mudança se configura uma alteração no status clínico.

A criança C2, representada pelo ponto S2 no Gráfico 2, está abaixo do traçado horizontal inferior e à esquerda do traçado vertical, ou seja, a criança se encontrava inicialmente na população disfuncional e permaneceu nela, não havendo mudança no status clínico.

A seguir, o Gráfico 2 que ilustra a disposição das crianças em relação à significância clínica.

**Gráfico 2** – Comparação pré e pós-intervenção dos escores de desempenho ocupacional das crianças em relação a Significância Clínica (SC).



### 7.3. Compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães e mudanças que observaram nos componentes de desempenho ocupacional dos filhos(as)

Em conjunto com as perguntas específicas sobre a compreensão das mães sobre o tipo de terapia que o filho(a) realiza e quais mudanças identificaram em seus filhos após essa intervenção, o roteiro possuía uma pergunta sobre a existência de algum animal doméstico em casa. Na Tabela 15 observa-se que não havia animal na casa de somente uma das famílias.

Tabela 15 – Animal doméstico em casa.

CRIANÇA	HÁ ANIMAL DOMÉSTICO? QUAL?
C1	Sim, 2 gatos
C2	Não
C3	Sim, 1 cachorro
C4	Sim, 3 cachorros

Fonte: Elaboração própria.

A análise temática das entrevistas com as mães após o mínimo de 9 sessões de Terapia Ocupacional Assistida por Cães resultaram em 3 temas, a serem apresentados em subcapítulos separadamente a saber: 7.2.1. Tema 1: Interação e vinculação entre crianças e animais, 7.2.2. Tema 2: Desenvolvimento de habilidades funcionais, sociais e emocionais e 7.2.3. Tema 3: Compreensão da Terapia Ocupacional Assistida por Cães, mudanças observadas e recomendação da intervenção das mães para outras mães e/ou pais.

### 7.3.1. Tema 1: Interação e vinculação entre crianças e animais

Diante das falas das mães, obteve-se informações sobre o tipo de interação que as crianças estabelecem com animais dentro e fora do contexto terapêutico e sobre a vinculação entre ambos.

A respeito da interação criança-animal na rotina diária em casa, das 4 mães apenas uma relatou não haver animais de estimação, sendo que 2 mães citaram a presença de apenas cães e 1 mãe citou a presença de apenas gatos.

Em relação às mães que relataram a presença de apenas cães, os relatos sobre a interação foram distintos com uma dizendo que a criança se interessava por cães de fora da casa e a outra referindo que a criança demonstrava medo:

*Sim, nunca teve problema. Mas eles gostam mais dos de fora do que dos próprios deles. Gostam assim né? Porque vê o de fora e aí que bonitinho, vamos acariciar e os de casa parece que assim já (...). (M4)*

*Nenhum contato positivo, medo, não consegui brincar porque o cachorro era muito agitado e ele não entendia. (M3)*

A mãe M1 referiu que a filha tem contato com dois gatos em casa e apenas na casa da tia tem contato com um cão, sendo que apesar de demonstrar querer se aproximar, não lida bem com a reação espontânea do cão e se afasta:

*Sim, ela quer ficar perto, quer pegar ele, quer passar a mão nele... só aí sabe o que eu percebi, quando um cachorro tem a reação de se aproximar dela, quer pular de alegria, ver e lambe-la, aí ela recua um pouco assustada. (M1)*

A mãe M2 que referiu inexistência de animal de estimação em casa, informou que o único contato da criança com animais ocorre na casa da tia em que há um cão e um gato, sendo que o contato apenas é positivo com o gato:

*Ela afasta, ela não gosta mesmo, de não gostar, porque de gato ela vai puxa, brinca. (M2)*

Em relação a interação com o cão de terapia, três mães relataram que as crianças estabeleceram vínculos com o cão desde o primeiro contato, pois após a sessão e ao longo da semana verbalizaram expectativa para o próximo dia de encontro (atendimento):

*Perlinha, se ele vê, a gente tem as cartinhas né? Ele vê a Perlinha, se eu falo pra ele quem a gente vai ver? Ahnnnn a Perlaaa! Eu vou mandar um vídeo porque ele abre assim um sorriso. (M3)*

*Ah que ele adora vir, e aí quando tá chegando “o mãe, amanhã é dia né? Dia de ver a Perla. (M4)*

### **7.3.2. Tema 2: Desenvolvimento de habilidades funcionais, sociais e emocionais**

A partir das falas de todas as mães verificou-se que a Terapia Ocupacional Assistida por Cães pôde contribuir no desenvolvimento de diferentes habilidades das crianças, o que favorece a realização de suas ocupações diárias. Com isso, tais falas vão ao encontro da premissa de que o cão pode ser um catalisador positivo no processo terapêutico.

Em relação às ocupações de autocuidado, conforme categorização do instrumento de avaliação utilizado, as mães referiram que seus filhos tinham várias dificuldades e que após a introdução deste tipo de intervenção observaram melhorias.

Uma das habilidades funcionais relatadas enquanto comprometendo o desempenho ocupacional do autocuidado foi a coordenação motora fina. Dessa forma, as atividades

terapêuticas idealizadas e concretizadas tendo o cão uma participação ativa ou indireta denotam terem favorecido o desenvolvimento de habilidades funcionais para o desempenho do autocuidado, conforme relato da M1.

*Teve, principalmente, segurar as coisas né? Deu pra perceber essa parte nela e ela tá começando ah, tirar a meia que ela não conseguia tirar né? Quando eu estou trocando a roupa dela, ela já começa tenta a ajudar que é uma coisa que ela não sabia fazer. Então isso melhorou muito e eu tenho certeza que tem a ajuda da terapia, porque ela já fazia outras terapias, e com a presença dessa eu vi umas melhoras assim, que eu tentava muito com ela e não conseguia, tenho certeza que tem resultado da terapia com a Perla, e nossa! Pegar na escova de dente, porque é uma coisa que eu sofro demais, ainda estou sofrendo com isso em questão da escovação, mas ela começa a pegar a escova, ela deixa escovar né? Porque é uma coisa bem difícil com ela, ainda é, mas eu percebo uma melhora enorme. (M1)*

Em adição, M1 notou que a presença do cão durante a intervenção teve efeito calmante para sua criança, relatando que ela tem uma noite de sono muito melhor nos dias em que há intervenção.

*Ela fica mais calma, mais tranquila, tem um sono melhor, ela costuma dormir assim entre meia noite, uma hora se ela tiver muito agitada, e ela pra desacelerar ela deita e fica com as perninhas (faz movimentos com as mãos imitando a criança) é a semana inteira assim, na segunda feira que tem a terapia aqui nossa, dá 22 horas ela já dorme. (M1)*

Em relação às ocupações relativas à produtividade, em conformidade ao referencial e instrumento adotado, na escola M1 relatou que a criança, segundo professor de educação especial, apresentou significativa melhora nas habilidades de atenção e concentração.

*Lá na escola tem também professor de educação especial que faz alguns acompanhamentos na quinta e na sexta, aí ela falou “olha eu percebi uma melhora na A., não sei o que você tá fazendo, mas assim ela tá concentrando mais nessas atividades aqui comigo” aí que bom, que bom, ela tá fazendo bastante terapia. (M1)*

Na mesma direção, M4 referiu melhora na atenção e concentração do filho tanto na escola como para responder comandos dentro de casa, sendo que uma das características da criança era a agitação psicomotora e busca constante por estímulos sensorio/motores.

*Eu tenho observado que na parte do esperar, por exemplo, ele consegue, na fila, apesar dele reclamar um pouco ele consegue ficar*

*melhor. E comandos, algumas coisas, até comandos, eu falando e ele já age mais rápido, porque antes era nossa...L. vamos, tinha que chamar muitas vezes, agora não, ele já parece que entende mais, agora que ela chamou então vamos. Acredito que nessa parte melhorou. A professora falou que melhorou um pouco, bastante na parte de atenção, então acredito que também ajudou né? De alguma forma. (M4)*

Conforme o exposto, infere-se que as crianças ao se engajarem nas atividades terapêuticas exercitam e desenvolveram e ou aprimoraram as habilidades de atenção e concentração, que foram posteriormente utilizadas em suas atividades do dia a dia.

Ainda na categoria de produtividade, algumas mães relataram que as crianças possuíam pouca interação social no contexto escolar.

Uma das características da C1 era de chorar com frequência principalmente quando contrariada e interação social limitada, e no relato da M1 observa-se que após a terapia ocupacional assistida por cães a criança passou a se relacionar de forma mais positiva com as professoras e colegas da escola, além da família.

*Na escola as professoras, eu percebi que ela não tá chorando pra ficar com as crianças lá sozinha, sem a minha presença, que eu tive muitas ligações das professoras pra ir buscar ela porque ela ficou em crises, porque não se adaptou com o ambiente, com as crianças, com o contato com pessoas diferentes das que do convívio dela, e ela não chora mais. Eu mudei de bairro, eu sai da outra escola para o Juliana Perez, nossa parece que nem mudou de escola, não chorou, tá de boa. Ficou um tempão afastada por conta da cirurgia, tem uma semana que eu tentei por ela na escola, levei uns dois, três dias e depois ela adoeceu de novo, aí a professora falou assim “parece que ela nem parou”, ela ficou bem né. (M1)*

A M2 também relatou que identificou mais envolvimento da sua filha na escola, conseguindo manter por mais tempo a interação social que era uma de suas queixas.

*(...) porque ela também tá tentando acho que deixar as crianças balançar ela, ela fica ali um pouco no parquinho, eu vejo que ela fica muito mais próximo. Antes não, que eu vou buscar ela e eu via ela no parquinho, e eu vi ela sempre longe, ela queria só ficar no outro balanço, no outro parquinho lá, afastada das crianças. Hoje eu vejo que ela fica mais no meio das crianças. (M2)*

Para a M3, o filho passou a interagir de forma proativa com os colegas da escola iniciando o contato social.

*De ter mais contato com os coleguinhas, ah isso que elas me contaram, que às vezes ele pega os coleguinhas pra andar no pátio, então ele tá mais interativo. (M3)*

Além das mudanças positivas na interação social na escola, M1, M2 e M3 referiram mudanças na forma dos filhos(as) se relacionarem com os familiares, como por exemplo passaram a realizar contato visual ou tátil e demonstraram menos ansiedade e mais calma para interagir.

*Sim, principalmente contato visual né? Que ela até ficava próximo de outros parentes, da família, mas dificilmente ela olhava no olho, ela começou a olhar. (M1)*

*Tá muito carinhosa ela tá, ela tá muito carinhosa, passa, ela mesmo fala “carinho”, vem e passa a mão no cabelo, ela faz muito carinho, ela tá muito carinhosa. Ela não tinha esse tipo de carinho, nem comigo. Agora ela chega, ela abraça, a gente pede um abraço e ela dá, até beijo ela tá deixando a gente dá. (M2)*

*Ah sim, mais calma nos relacionamentos porque ele fica muito ansioso, não sabia muito bem né? E com o cachorro acaba sendo mais calmo, acho que ele conseguiu ir aprendendo. Percebo que chega visita, ele consegue interagir melhor. (M3)*

### **7.3.3. Tema 3: Compreensão da Terapia Ocupacional Assistida por Cães, mudanças observadas e recomendação da intervenção das mães para outras mães e/ou pais.**

Todas as mães receberam explicações sobre o que se constituiria a Terapia Ocupacional Assistida por Cães para seus filhos, sendo orientadas sobre a avaliação pré e pós-intervenção e que um plano terapêutico seria elaborado a partir das demandas indicadas por elas em associação com as identificadas pela terapeuta. Também foram orientadas sobre a presença do cão e de que forma este participa nas sessões para que os objetivos terapêuticos possam ser concretizados.

Investigar a compreensão sobre a terapia constitui uma forma de verificar de que modo as informações passadas foram processadas pelas mães, quais demandas por informação ainda requerem e/ou se faz necessária a transmissão da informação de outra forma.

A M1 demonstrou compreender que a intervenção atua no relaxamento da filha, fazendo com que ela fique mais tranquila e com menos crises:

*Ah eu acho que, eu entendo que assim dá muito resultado, melhora bastante com a criança, ajuda também a relaxar porque eu percebo que no dia que ela tá aqui, tem a terapia com a Perla, eu percebo que ela fica mais tranquila né? Não tem tantas crises né? (M1)*

Já para a M2, a intervenção é direcionada para a sua filha perder o medo de cachorro.

*Ah, entendo que ela aceitaria melhor né? Mais fácil a situação dela de não ter tanto medo (do cachorro). (M2)*

A M3 apesar de referir não saber muito bem o que é feito na intervenção, percebeu mudanças positivas na forma do filho interagir com pessoas e com animais.

*Eu acho que ajuda, eu percebi assim que ajudou muito na interação dele com cães também, mas meio que com pessoas, ele conseguiu criar um repertório de relacionamento que ele não tinha muito bem, melhorou muito assim esse repertório de relacionamento. Eu não sei muito bem o que é trabalhado, o que eu percebo essa parte de interação dele mudou muito. (M3)*

A M4 demonstrou entender que a incorporação do cão na terapia é para simular e vivenciar situações e atividades do dia-a-dia de forma que consiga fora da terapia reproduzi-las de forma bem sucedida.

*Ah, eu acredito que utiliza o animal para auxiliar assim no dia a dia né? Ah para, como que eu posso colocar isso, ahn, no esperar, como ter cuidado, ahn, esqueci a palavra, a rotina né? Que agora tem parar para ir fazer o xixi né? Então tem aquela rotina de fazer aquilo, eu acho que nessas coisas do dia a dia que usa bastante né? (...) porque foi a partir desse complemento que eu vi melhoras. Ele faz desde sempre a terapia e não tive resposta. (M4)*

Cada uma das mães expressou sua forma singular de compreensão sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães embora nenhuma delas tenha verbalizado uma definição todas as mães participantes do estudo recomendam esse tipo de intervenção para outras mães, uma vez que demonstraram, através de suas falas, satisfeitas com as evoluções das crianças.

*Sem dúvida, ela teve grandes, muitos resultados, ajudou demais, melhora bastante principalmente a dificuldade que você tem com seu filho, eu percebi que melhorou muito, se não tivesse a iniciativa de deixar ela fazer essa terapia ou se tivesse desistido quando ela começou*

*a chorar com medo do cachorro, ela não teria esses resultados, se eu tivesse desistido hoje quem sabe a A. não estaria com todos esses avanços que ela tinha. O pai e mãe tem que tomar coragem e investir porque vale muito a pena, demais. (M1)*

*É, pelo fato né? Eu é que na verdade eu não parei pra pensar que ela ficou bem carinhosa a partir do cão, porque realmente eu acho que, é, o contato dela com o cachorro acaba vinculando é, mais vínculo com a gente, eu creio que deve ser isso (...)as crianças, não todas, mas a maioria das crianças no TEA tem um contato físico mais afastado gente né? Não só com a família. (M2)*

*Porque olha, tem eficácia, a gente comprova! Tanto que essa moça de Descalvado ela tá sem TO para o filho, e a gente faz na USE, as meninas ajudam, foi a terapia que mais ajudou o L. de todas, a gente sabe mesmo, eu falo para as meninas que é que mais ajudou o L. e eu não sabia o que era no começo, nossa o que será que é terapia ocupacional? E no caso do L. é a que mais ajudou ele em tudo. O L. não andava de roupa né? Pra começar do começo rrsrrsrs. Mas é realmente muito bom e eu indico, eu falo para as meninas procura elas. (M3)*

*Sim, porque eu acho que toda ajuda se não tem assim, contraindicação, acho que é bem vinda né? É, independente. Mas eu vi resultados, então acho que é legal tentar. (M4)*

#### **7.4 Sobrecarga materna: uma comparação com o antes e depois da Terapia Ocupacional Assistida por Cães**

Para identificar se a Terapia Ocupacional Assistida por Cães pôde contribuir na diminuição da sobrecarga materna das mães em relação a seus filhos no TEA, no início da intervenção foi aplicada a *Zarit Burden Interview Scale –Versão Brasileira* e logo após as crianças completarem o mínimo de 9 sessões houve nova aplicação do instrumento com as mães.

Na Tabela 16 descreve-se a pontuação para caracterização de sobrecarga como:

**Tabela 16 – Pontuação e nível de sobrecarga.**

<b>Pontuação</b>	<b>Nível de Sobrecarga</b>
< 21 pontos	Ausência sobrecarga
21 a 40 pontos	Sobrecarga leve a moderada
41 a 60 pontos	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61 pontos	Sobrecarga severa

Fonte: Elaboração própria.

Todas as mães do estudo obtiveram diminuição na pontuação de sobrecarga entre a pré e pós-intervenção. Dessa forma, a M1 saiu do nível moderada a severa e foi para o nível de ausência sobrecarga, a M2 saiu do nível moderada a severa e foi para o nível de leve a moderada, a M3 e M4 saíram do nível leve a moderada e foram para ausência de sobrecarga. Esses dados são apresentados na Tabela 17 abaixo.

**Tabela 17** – Diferença no Nível de Sobrecarga entre a Pré e a Pós Intervenção.

	Pontuação na Pré intervenção	Pontuação na Pós Intervenção	Nível de Sobrecarga
<b>M1</b>	50	17	De moderada a severa p/ ausência sobrecarga
<b>M2</b>	52	32	De moderada a severa p/ leve a moderada
<b>M3</b>	30	14	De leve a moderada p/ ausência sobrecarga
<b>M4</b>	23	16	De leve a moderada p/ ausência sobrecarga

Fonte: Elaboração própria.

A última alternativa da *Zarit Bordel Interview Scale* –Versão Brasileira consiste em classificar o quanto a mãe percebe que está sobrecarregada devido aos cuidados ao filho. A resposta desta alternativa se difere das demais, sendo que as antecedentes contavam com respostas Nunca, Raramente, Algumas vezes, Frequentemente e Sempre. Nesse último item as alternativas contam com respostas como Nem um pouco, Um pouco, Moderadamente, Muito e Extremamente.

Assim, a M1 saiu alternativa de extremamente sobrecarregada e foi para um pouco sobrecarregada, a M2 e M3 saíram de moderadamente sobrecarregadas e foram para um pouco sobrecarregadas e a M4 manteve-se com um pouco sobrecarregada. Esses dados estão ilustrados na Tabela 18 abaixo:

**Tabela 18** – Percepção das mães sobre sobrecarga entre a Pré e a Pós Intervenção.

	Sobrecarga na Pré intervenção	Sobrecarga na Pós Intervenção
M1	Extremamente	Um pouco
M2	Moderadamente	Um pouco
M3	Moderadamente	Um pouco
M4	Um pouco	Um pouco

Fonte: Elaboração própria.

Diante de tais considerações, a discussão a seguir associa os resultados quantitativos com os qualitativos, uma vez que cada fazer ocupacional está influenciado por valores,

interesses e contextos de vida, sendo que o desempenho em cada ocupação configura uma experiência singular e subjetiva para cada criança.

## 8. DISCUSSÃO

Neste estudo foram obtidas respostas para às seguintes perguntas de pesquisa: A Terapia Ocupacional Assistida por Cães pode favorecer mudanças no desempenho ocupacional das crianças no TEA que passam por essa intervenção, segundo as mães? De que forma o cão é incorporado a partir dos objetivos terapêuticos? Qual a compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães? Qual o nível de sobrecarga das mães no cuidado aos filhos no TEA antes e depois da Terapia Assistida por Cães?

Para a discussão de tais respostas, é primeiramente importante retomar a fundamentação teórica desta tese de que pelo fazer, as pessoas constituem o seu ser e com isso podem se tornar o que almejam e também pertencer a uma comunidade de identificação (Wilcock, 1999). O significado atribuído às ocupações constitui um elemento central para a construção da identidade e para a promoção do bem-estar, sendo que o engajamento em ocupações organiza o cotidiano e sustenta o senso de quem somos e fortalece o sentimento de pertencimento social (Hocking; Wilcock, 2015).

Seguindo esta fundamentação teórica, as crianças são consideradas seres ocupacionais e que dependem do que o ambiente proporcione de ocupações, moldando suas possibilidades para fazerem, serem, tornarem-se e pertencerem, culminando no processo de desenvolvimento (Mandich; Rodger, 2006). Em adição, uma vez que o desempenho ocupacional é considerado resultado da interação entre a pessoa e a ocupação em um dado ambiente (Polatajko *et al.*, 2013), cada criança do presente estudo foi compreendida a partir de suas necessidades junto a suas famílias.

Em virtude das crianças participantes deste estudo serem diagnosticadas no TEA, outra consideração necessária para discussão dos dados é o TEA, sendo um espectro, se manifesta de formas diferentes em cada criança, ou seja, algumas crianças podem apresentar dificuldades na comunicação, como ausência de linguagem e resistência para se aproximar de outras crianças, mas possuir um comportamento mais adaptativo e flexível a mudanças. Por outro lado, outras crianças podem apresentar maior desenvolvimento na linguagem verbal facilitando a comunicação, mas presença de comportamentos extremamente rígidos e com grande dificuldade de mudanças no ambiente (Carvalho *et al.*, 2025).

Essas características acima mencionadas foram identificadas nas crianças do presente estudo a partir das análises dos relatórios de atendimento e com a aplicação da COPM, na qual

as mães indicaram as dificuldades ocupacionais de seus filhos. Dentre tais dificuldades, foram referidas presença de comportamentos restritos e repetitivos, redução de motivação social, dificuldades em se engajar socialmente e realizar tarefas. Tais dificuldades corroboram com a literatura sobre Terapia Ocupacional assistida por cães para crianças no TEA (Beheshti *et al.*, 2022; Hill *et al.*, 2019a, 2019b; Llambias *et al.*, 2016; Schatz; Peterson; Bellini, 2016; Ludlow; Skelly; Rohleder, 2012).

A partir da identificação de tais dificuldades foram estabelecidos os objetivos terapêuticos para cada criança, sendo que estes também constam na literatura relativa a Terapia Ocupacional assistida por cães para crianças no TEA (Hill *et al.*, 2020a, 2020b; Ashburner *et al.*, 2014; Bagatell; Mason, 2015; Case-Smith; Arbesman, 2008). No geral, os objetivos terapêuticos de tais estudos versaram sobre a estimulação do processamento sensorial (considerando esta captação, integração, modulação, resposta sensorial), estimulação do desempenho sensório-motor, estimulação do desempenho social-comportamental e promoção do engajamento em atividades de autocuidado, atividades escolares e no brincar (Hill *et al.*, 2020a, 2020b; Ashburner *et al.*, 2014; Bagatell; Mason, 2015; Case-Smith; Arbesman, 2008).

Em relação às quais mudanças a Terapia Ocupacional Assistida por Cães poderia favorecer no desempenho ocupacional das crianças no TEA, segundo as mães, os resultados obtidos por meio da COPM e sob análise do Método JT indicaram que foram promovidas mudanças positivas no desempenho ocupacional, ainda que em diferentes magnitudes, mas que podem ser atribuídas ao tipo de processo terapêutico realizado. Especificamente as crianças C1, C3 e C4 apresentaram mudanças no desempenho clinicamente significativas e confiáveis após a intervenção.

A criança C3 foi a que obteve as maiores médias gerais (4,8 em desempenho e 5,2 em satisfação) apresentando mudanças significativas e confiáveis em todos os domínios analisados (autocuidado, tomar banho, vestir-se, amarrar cadarço, atenção, verbalização e interação social). A criança C1 também apresentou mudanças significativas e confiáveis (com pontuação final de 4,66 em desempenho e satisfação) em todos os problemas ocupacionais avaliados (segurar/manusear objetos, verbalização e atenção/concentração).

Esses resultados de melhoria global no desempenho das ocupações e na percepção das mães sobre a autonomia das crianças, estão em consonância com os achados de Gee, Fine e Schuck (2021) que apontam que a presença do cão durante a terapia estimula comportamentos pró-sociais e estratégias de resolução de problemas, além de favorecer o engajamento sustentado na tarefa. A relação afetiva estabelecida com o animal parece ter servido como um

mediador potente da motivação intrínseca, levando a criança a se envolver de forma espontânea e prazerosa nas atividades propostas (Gee; Fine; Schuck, 2021).

Assim, tais resultados sugerem que o cão atuou como facilitador na execução de tarefas motoras finas e de comunicação, criando um ambiente motivador e emocionalmente seguro. Beez *et al.* (2012), Hill *et al.* (2020c) e Roiz; Figueiredo (2023) referem que o engajamento proporcionado pelo cão favorece a autoconfiança e a persistência diante de tarefas desafiadoras, o que pode explicar o ganho de desempenho em atividades de coordenação motora e verbalização.

Estudo de Galvany-López *et al.* (2024) sobre os efeitos da terapia assistida por cães em crianças no TEA, indica que houve melhoras significativas nas habilidades de comunicação e interação social, sendo que o cão atuou como um mediador relacional e facilitador de engajamento, promovendo comportamentos comunicativos espontâneos e o aumento do contato visual. Além disso, a presença do cão trouxe benefícios emocionais e comportamentais, como redução de estereotípias, agressividade e comportamentos de autoestimulação, além de um aumento da autoestima e de expressões afetivas positiva, possuindo um papel regulador, ajudando a modular emoções e a reduzir níveis de ansiedade (Galvany-López *et al.*, 2024).

Para Berry (2013) a interação entre crianças e cães, no contexto das Terapias Assistidas por Animais, favorece o desenvolvimento de habilidades comunicativas e sociais, uma vez que o animal atua como um facilitador relacional. O cão, por sua natureza responsiva e não julgadora, cria um ambiente emocionalmente seguro, que estimula a criança a expressar-se com maior espontaneidade e confiança. Essa relação de afeto e aceitação incondicional contribui para a redução da ansiedade e para o aumento da iniciativa comunicativa, tanto verbal quanto não verbal. Além disso, o contato físico e o olhar compartilhado entre a criança e o cão funcionam como mediadores da atenção conjunta e do engajamento interpessoal, aspectos fundamentais para o desenvolvimento da linguagem e da interação social (Berry, 2013).

A criança C4, por sua vez, demonstrou mudanças clinicamente significativas e confiáveis (média final de 2,0 no desempenho e na satisfação) em ocupações que requeriam atenção e coordenação motora fina, especificamente prensão. Este mesmo resultado foi identificado no estudo de Figueiredo, Baratela e Roiz (2025). A melhora observada pode também estar associada ao caráter lúdico e não ameaçador das atividades realizadas em conjunto com o cão, conforme argumentam Fine (2019) e Udell e Brubaker (2023), o que favorece a redução da resistência e do estresse das crianças durante a execução das tarefas.

Em relação a criança C2, apesar da mãe referir mudanças, os escores finais (tanto de desempenho quanto de satisfação foram de 1,5) se localizaram na faixa de incerteza, não

podendo ser feitas afirmações de melhora devido à intervenção, além de que tais mudanças não foram em uma magnitude de alteração de status clínico.

O fato da mudança não ter sido significativa nem clínica pode estar associada a fatores individuais de C2, como por exemplo menor vínculo com o cão e/ou dificuldades de engajamento durante as sessões, já que o estabelecimento de uma relação segura e recíproca com o animal é essencial para que os benefícios da TAA se manifestem. De acordo com Beetz *et al.* (2012) a ausência desse vínculo pode limitar o potencial de resposta terapêutica, reforçando a importância de estratégias personalizadas de adaptação da intervenção. Fung e Leung (2014) sustentam que o impacto deste tipo de intervenção é multifatorial e pode variar de acordo com o nível de engajamento e de vínculo estabelecido com o animal.

Rehn *et al.* (2023) e Schuck *et al.* (2024) referem que características individuais e clínicas das populações neurodivergentes (gravidade do diagnóstico, perfil sensório-motor, linguagem, autorregulação, comorbidades) moderam a resposta, sendo que crianças com maior gravidade de sintomas ou menor repertório comunicativo frequentemente apresentam ganhos menores ou demandam de maior tempo para emergir. Assim, diferenças pré-intervenção no nível funcional ou na complexidade clínica explicam por que algumas crianças (como C2) não alcançam a significância clínica no curto prazo.

Em relação à forma como o cão pode ser incorporado a partir dos objetivos terapêuticos, na intervenção implementada houve a participação de forma ativa e/ou indireta do cão. Tais tipos estão em conformidade com os definidos por Hill *et al.* (2020d), sendo que na forma ativa as crianças fizeram algo com o cão (por exemplo carinho, dar petisco, comandos, pentear pelo do cão e colocar um laço, entre outras atividades) e na forma indireta fizeram algo que continha a imagem do cão (por exemplo pintaram um desenho, completaram um labirinto, montaram quebra-cabeça, entre outras atividades).

Tepper *et al.* (2022) observaram o comportamento e as habilidades de 16 crianças no TEA, com idades entre 2 e 4 anos, durante programa de intervenção precoce com o cão Muffin interagindo de forma ativa, presente na sala e também sem interagir e/ou ausente na sala. Cada sessão foi conduzida por um terapeuta comportamental qualificado, com o auxílio de dois ou três terapeutas adicionais, com formação em fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia. A presença de Muffin apresentou associação com às habilidades motoras das crianças, sendo que as mesmas permaneceram mais imóveis do que ativas fisicamente quando o cão estava na sala, indicando um efeito calmante geral. Em relação às atividades com Muffin, foram referidas: o cão pular em um minitrampolim e quicar nele para demonstrar o comportamento; quando questionados sobre uma parte específica do corpo, as crianças apontavam para a parte do corpo

do cão para demonstrar linguagem receptiva, uso de gestos e resposta a estímulos; responder a perguntas como “qual o nome do cão?”, “qual a cor do pelo?”, “o pelo é liso ou encaracolado?”; e simular escovar o cão com uma escova de plástico. Durante os momentos de brincadeira livre ou das atividades no ginásio, o cão Muffin se deslocava pelo espaço, enquanto as crianças eram estimuladas a se aproximar e a interagir com ele em atividades lúdicas, como jogos de pega-pega.

No presente estudo, verificou-se que a presença do cão, seja ativa ou indireta, promoveu o engajamento das crianças na realização das atividades, o que gradativamente favoreceu as mudanças positivas nos componentes de desempenho sensorio-motor (coordenação motora fina e global, equilíbrio, resposta visual e tátil) e cognitivo (atenção, resolução de problemas) e nos comportamentos sociais e emocionais (olhar para o cão, sorrir para o cão, tocar voluntariamente no cão, comunicar-se com o cão, frequência de aproximação e tempo perto do cão). Esses resultados corroboram com os de Figueiredo, Baratela e Roiz (2025) e Roiz e Figueiredo (2023) que concretizaram planos terapêuticos ocupacionais assistidos por um cão para crianças no TEA com similaridade na idade, nas características pessoais, nos objetivos terapêuticos e atividades realizadas.

Dessa forma, a presença do cão estimula na criança uma motivação intrínseca, ou seja, a partir do desejo genuíno de estar em contato e interagindo com o cão, engaja e persevera na atividade, mesmo diante de dificuldades sensorio motoras ou cognitivas (Figueiredo; Magalhães; Allegretti, 2023). Payne, Bennett e McGreevy (2015) referem que o vínculo da criança com o cão resulta em benefícios fisiológicos e emocionais que decorrem de um relacionamento positivo entre eles, gerando laços seguros que promovem o bem-estar de ambos.

Udell e Brubaker (2016) consideram a “plasticidade social” dos cães um aspecto central para a eficácia da terapia assistida, isso quer dizer que os cães são capazes de se adaptarem socialmente a diferentes contextos, pessoas e espécies. Da mesma forma, os cães são considerados “generalistas sociais”, ou seja, possuem uma notável capacidade de ajustar o comportamento e generalizar uma reação de acordo com o ambiente e com as pessoas com quem interagem. Essas capacidades permitem que os cães formem vínculos significativos não apenas com seus tutores, mas também com outros humanos, mesmo em contextos novos ou breves, como nas sessões terapêuticas. Essa característica contribui para o sucesso deste tipo de terapia, pois facilita o estabelecimento rápido de uma relação de confiança e afeto entre o cão e o participante, promovendo engajamento, motivação e respostas emocionais positivas (Udell; Brubaker, 2016).

A respeito da compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães,

por meio das entrevistas, verificou-se que as mesmas não definiram o que seria este tipo de terapia, mas sim indicaram as mudanças observadas nas crianças. Segundo as mães, a intervenção trouxe ganhos perceptíveis em múltiplos domínios do desempenho ocupacional das crianças, segundo relatos maternos: vínculo com o cão, melhorias no autocuidado, atenção e concentração, interação social, regulação emocional e qualidade do sono.

As entrevistas com as mães revelaram que, para três das quatro crianças, o vínculo delas com o cão foi estabelecido já nas primeiras sessões com as crianças manifestando expectativa pelo reencontro com o cão a partir de expressões como “amanhã é dia da Perla”, sorriso ao falar da Perla e uso de linguagem com sentimentos positivos em torno do cão. Hill *et al.* (2020b) em estudo com nove mães e um pai de crianças no TEA que realizaram terapia ocupacional assistida por cães também verificaram uma conexão imediata entre as crianças e os cães. Dentre as falas das mães, destaca-se a que foi proferida por várias ao descreverem o relacionamento com o cão, enquanto um novo amigo logo ao ser incorporado nos atendimentos “Acho que essa é a melhor forma de se dizer, ela realmente sentia que o cão era seu amigo, como seu companheiro...” (Hill *et al.*, 2020b).

No contexto das falas do presente estudo, mães como M3 relataram: “Perlinha, se ele vê ... a Perlaaa! ... ele abre assim um sorriso”. Tal fala sugere que o cão se tornou um agente de motivação intrínseca, reforçando o engajamento espontâneo da criança.

Por meio desta conexão, o cão tornou o ambiente terapêutico mais atrativo, emocionalmente seguro e motivador para a criança, o que culmina no engajamento terapêutico e conseqüentemente nas mudanças positivas no desempenho ocupacional. Em London *et al.* (2020) o estudo sobre perspectivas parentais de crianças no TEA que participaram de terapia ocupacional assistida por cães também verificaram essa função do cão como elemento de mediação relacional nas sessões terapêuticas. As mães e pais do estudo relataram que observaram um aumento da participação e do prazer dos filhos nas atividades mediadas pelos cães. Uma das mães participantes relatou que “O cachorro simplesmente aceita você, enquanto uma pessoa não aceita tanto, acho que foi essa a principal coisa que o ajudou”. Outra mãe ainda completou “Era como se o cachorro estar ali trouxesse essa incrível alegria e felicidade dentro dele”.

Outro tema recorrente nas falas das mães foi a percepção de mudanças nas habilidades de autocuidado, sociais e emocionais. As mães relataram maior interação com colegas na escola e com familiares por meio de abraços e carinho, diminuição de crises, regulação emocional e melhora no padrão de sono. Por exemplo, M1 comentou: “Tem noites de sono muito melhor nos dias que há intervenção...ela fica mais calma, mais tranquila, tem um sono melhor”.

O mesmo tipo de fala pode ser encontrado no estudo de London et al. (2020), sendo que uma mãe referiu que o filho voltava para casa mais calmo após a intervenção: “Eu acho que quando ele volta para casa [das sessões] ele está muito mais calmo, não durou a semana inteira, mas durou algumas horas. Você podia ver que havia benefício”.

De acordo com Hill *et al.* (2020b) a presença do cão pode favorecer a autorregulação emocional e o comportamento adaptativo, criando um ambiente de segurança afetiva que auxilia a criança a modular respostas emocionais e reduzir estados de ansiedade.

DePape e Lindsay (2015) realizaram uma revisão com estudos qualitativos com mães de crianças no TEA e observaram que eventos positivos relacionados ao comportamento da criança (menos crises, maior autonomia) repercutem no bem-estar emocional dos cuidadores e reforçam a percepção de eficácia da intervenção. Similarmente, Dieleman *et al.* (2018) relataram que pais valorizam intervenções que promovem melhorias comportamentais porque essas reduzem a sobrecarga e ansiedades diárias, o que aparece claramente nas recomendações das mães participantes desta pesquisa (“vale muito a pena”, “indicaria para outras mães”).

A dimensão social foi também citada pelas mães que descreveram que seus filhos passaram a se aproximar mais de colegas, participar de brincadeiras, e demonstrar mais comunicação não verbal e verbal com amigos e professores. Esse tipo de modulação social é coerente com prescrições de intervenção assistida por animais, em que o animal serve como “ponte social” que suaviza a ansiedade do contato interpessoal. A interação com o animal, por sua previsibilidade e ausência de julgamento, contribui para o fortalecimento das habilidades sociais, promovendo maior abertura ao contato interpessoal e redução de comportamentos de retraimento (Hill *et al.* 2020b; London *et al.* 2020).

Embora muitas mães tenham relatado melhorias positivas, também emergiu o reconhecimento de que nem todas as mudanças ocorrem de modo uniforme entre as crianças. A M2, por exemplo, mencionou que sua filha mantinha resistência ao cão: “Afasta, ela não gosta mesmo...de gato ela vai puxar, brincar”. Esse tipo de relato evidencia que variáveis individuais, bem como predisposição ao contato com animais, histórico emocional, medo ou hipersensibilidade sensorial, influenciam a receptividade à intervenção. Richardson *et al.* (2022) também destacaram, em estudo com pais de participantes de intervenção com animais, que perfis individuais (temperamento, grau de aceitabilidade ao estímulo animal) interferem na magnitude dos efeitos.

Outro ponto mencionado foi a falta de clareza em alguns momentos sobre o funcionamento da terapia e o papel específico do cão. Algumas mães admitiram não saber exatamente “o que é feito na intervenção, o que se trabalha” (M3), mas ainda assim perceberam

transformações comportamentais. Essa lacuna de compreensão remete ao papel que as expectativas e o entendimento familiar têm sobre a adesão terapêutica. A participação familiar, a compreensão dos procedimentos e a comunicação entre profissional e cuidador são fundamentais para maximizar efeitos e manter ganhos no cotidiano (DePape; Lindsay, 2015).

Em relação ao nível de sobrecarga das mães no cuidado aos filhos no TEA antes e depois da Terapia Ocupacional Assistida por Cães, os resultados apresentados demonstraram uma redução significativa nos níveis de sobrecarga materna após a participação das crianças neste tipo de terapia. Todas as mães apresentaram diminuição na pontuação na sobrecarga, conforme a escala adotada, indicando transição de níveis moderados ou severos de sobrecarga para níveis leves ou ausência de sobrecarga. Esse achado sugere que a intervenção pode ter desempenhado papel relevante na melhoria da percepção de bem-estar e alívio da carga emocional dessas cuidadoras.

Rasoulpoor *et al.* (2023) demonstraram em seu estudo que intervenções voltadas à melhoria da resiliência em cuidadores de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento contribuem para a diminuição da sobrecarga e de sintomas depressivos e ansiosos. A sobrecarga em mães de crianças no TEA não é apenas física, mas sobretudo emocional, marcada por sentimentos de culpa, preocupação constante e exaustão. Experiências positivas mediadas por interações significativas com os filhos, como as proporcionadas pelas atividades realizadas na intervenção, podem favorecer a ressignificação da maternidade atípica e promover redução da percepção de carga (Papadopoulos, 2021).

No presente estudo, a realização da Terapia Ocupacional Assistida por Cães pode ter atuado justamente no sentido de criar oportunidades de interação prazerosa, espontânea e funcional entre mãe e filho, o que, segundo Singh *et al.* (2017), constitui um fator protetor importante. Esses autores verificaram que o suporte social e o fortalecimento de vínculos positivos moderam o impacto negativo da sobrecarga e reduzem níveis de estresse parental. Assim, o vínculo emocional estabelecido entre a criança e o cão, e a consequente melhora no engajamento ocupacional, pode ter reverberado indiretamente no bem-estar das mães, contribuindo para a redução observada nos escores da Zarit.

Mães de crianças no TEA enfrentam sobrecarga multifatorial, envolvendo o manejo dos comportamentos infantis, a ausência de políticas públicas de suporte e a carência de tempo para autocuidado. A sobrecarga é intensificada pela percepção de isolamento e pela responsabilidade quase exclusiva do cuidado e nesse contexto, intervenções que possibilitam o compartilhamento de experiências positivas, o reconhecimento de avanços no desenvolvimento da criança e a ampliação do senso de competência materna tornam-se essenciais (Sulzbach, 2019). A Terapia

Ocupacional Assistida por Cães ao propiciar interações afetuosas e observar progressos nas respostas das crianças, pode ter atuado como catalisador de sentimentos de alívio e satisfação parental, o que ajuda a explicar a redução da sobrecarga relatada.

Vilanova *et al.* (2022) e Pinto *et al.* (2020) reforçam a importância de abordagens terapêuticas que integrem o cuidado da criança ao cuidado da família, ressaltando a sobrecarga emocional e o esgotamento físico vividos por essas mães. Neste sentido, a Terapia Ocupacional Assistida por Cães parece alinhar-se a essas propostas, oferecendo um espaço de vivência emocional positiva e de reconfiguração familiar como consequência das melhorias ocupacionais alcançadas pelas crianças.

A *Zarit Bordel Interview Scale* –Versão Brasileira tem em sua última alternativa identificar a autopercepção da mãe em relação a sobrecarga devido aos cuidados com os filhos. A mudança das categorias “extremamente” e “moderadamente” sobrecarregadas para “um pouco” sobrecarregadas, observada em três das quatro mães, reflete um ganho subjetivo importante e aponta para uma transformação na maneira como essas mães se percebem diante das demandas cotidianas. Segundo Herrero *et al.* (2024), a percepção subjetiva de sobrecarga é fortemente influenciada por fatores emocionais e contextuais, assim como, intervenções que aumentam a sensação de competência parental e o sentimento de eficácia no cuidado tendem a reduzir a carga percebida.

Assim, os resultados do presente estudo ampliam o escopo das práticas terapêuticas ocupacionais, evidenciando que o trabalho com animais pode não apenas promover ganhos na criança, mas também aliviar e humanizar o papel materno no contexto do cuidado.

## 9. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou investigar a Terapia Ocupacional Assistida por Cão para crianças no TEA e obter respostas para as seguintes perguntas de pesquisa: A Terapia Ocupacional Assistida por Cães pode favorecer mudanças no desempenho ocupacional das crianças no TEA que passam por essa intervenção, segundo as mães? De que forma o cão é incorporado a partir dos objetivos terapêuticos? Qual a compreensão das mães sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães? Qual o nível de sobrecarga das mães no cuidado aos filhos no TEA antes e depois da Terapia Assistida por Cães?

A intervenção foi realizada a partir de um plano elaborado individualmente para cada criança, a partir de suas características e também pelos problemas ocupacionais relatados pelas

mães das crianças. Tal plano contou com atividades pensadas para atender cada demanda específica de cada criança, com a incorporação intencional do cão de forma ativa e/ou indireta.

Na comparação da pré e pós intervenção sobre o desempenho e satisfação, é possível identificar que das 4 crianças participantes, apenas 1 não teve mudança clinicamente significativa. A partir dos relatos das mães durante a entrevista final, observa-se que 3 (C1, C3 e C4) crianças já estabeleceram vínculos com o cão desde o primeiro contato, o que para elas foi essencial para o desenvolvimento de habilidades funcionais, sociais e emocionais. Apesar de 1 criança não estabelecer vínculo com o cão logo no início da intervenção, a mãe citou em sua entrevista que pôde notar também diferenças nas habilidades funcionais, sociais e emocionais.

Todas as mães demonstraram estarem satisfeitas com os resultados que a intervenção proporcionou para seus filhos, apesar de cada mãe expressar de forma única o entendimento sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães. A intervenção foi compreendida por elas não apenas como uma terapia voltada à criança, mas como uma experiência transformadora que gerou esperança, acolhimento e novas formas de compreender o processo terapêutico.

Além disso, através das narrativas maternas revelou-se que a presença do cão como um mediador relacional potente facilitou a comunicação entre a criança e o terapeuta, proporcionando um ambiente emocionalmente seguro e motivador, o que contribuiu para o desenvolvimento do vínculo terapêutico e para a construção de experiências significativas para cada criança.

Em relação à percepção da sobrecarga materna, houveram redução dos níveis apontados pelas mães antes do início da Terapia Ocupacional Assistida por Cães quando comparados após as 9 sessões realizadas. Infere-se a associação da redução a observação de melhorias no comportamento e na autonomia dos filhos, bem como ao fortalecimento dos vínculos afetivos no ambiente familiar.

Os achados desta pesquisa ampliam o campo de compreensão sobre a Terapia Ocupacional Assistida por Cães no contexto do TEA e destacam a relevância de sua inserção nas práticas clínicas. Apesar disto, há limitações que devem ser destacadas, bem como, o número de participantes na pesquisa devido a existir apenas um cão atuando, a idade das crianças e ter sido realizado o número mínimo de sessões (conforme a literatura internacional recomenda) para as comparações pré e pós intervenção. Se faz necessários novos estudos sobre a temática para a exploração de mais recursos para serem utilizados na intervenção.

Por fim, conclui-se que a Terapia Ocupacional Assistida por Cães configura-se como uma intervenção promissora e humanizada, que contribui para o desenvolvimento das crianças no TEA e para o bem-estar de suas famílias.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. A. R.; DEL PRETTE, Z. A. P.; AGUIAR, R. G. **Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção**. São Carlos: EDUFSCAR, 2009.

ANDREASEN et al. Animal-assisted therapy and occupational therapy. **Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention**. 2017. Disponível em [doi.org/10.1080/19411243.2017.1287519](https://doi.org/10.1080/19411243.2017.1287519).

ANG, C. S., MACDOUGALL, F.A. An Evaluation of Animal-Assisted Therapy for Autism Spectrum Disorders: Therapist and Parent Perspectives. **Psychol Stud**, n. 67, p. 72–81, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s12646-022-00647-w>.

**ANIMAL-ASSISTED INTERVENTION INTERNATIONAL**, 2022. Disponível em <https://aai-int.org/>. Acesso em 9 Dezembro 2024.

ARAÚJO, B. C.; AMÂNCIO, N. F. G., ARAÚJO, L. M. B., & ARAÚJO, G.M.B. Efeitos da Terapia Assistida por Animais na melhoria das habilidades sociais de crianças autistas. **Research, Society and Development**, v.1, n.12, 2023. Acesso em 04 Julho 2023. Disponível em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39267>.

ASHBURNER et al. Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 61, p. 110-120, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12083>

AVMA (1998) **American Veterinary Medical Association. Statement from the committee on the human-animal bond**. JAVMA 212, 1675.

BAGATELL, N., MASON, A.E. Looking Backward, Thinking Forward: Occupational Therapy and Autismo Spectrum Disorders. **OTJR: Occupation, Participation and Health**, v. 35, p. 34-41, 2015. Disponível em doi: 10.1177/1539449214557795.

BECK, A.M. A biologia do vínculo humano-animal. **Animal Frontiers**, v.4, n.3, p. 32-36, 2014. Disponível em doi 10.2527/af.2014-0019.

BEETZ, A.; UVNÄS-MOBERG, K.; JULIUS, H.; KOTRSCHAL, K. 2012. Psychosocial and psychophysiological effects of human–animal interactions: The possible role of oxytocin.

**Frontiers in Psychology**, 3, 234, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00234>

BEHESHTI, S.Z.; HOSSEI, S.S.; MAROUFIZADEH, S.; ALMASI-HASHIANI, A. Occupational performance of children with autism spectrum disorder and quality of life of their mothers. **BMC Research Notes**, v. 15, n. 18, 2022. Disponível em <https://go-gale.ez31.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&u=capes&id=GALE|A693700633&v=2.1&it=r>.

BERRY *et al.* Use of assistance and therapy dogs for children with autism spectrum disorders: A critical review of the current evidence. **Journal of Alternative & Complementary Medicine**, 2013. Disponível em Doi:10.1089/acm.2011.0835.

BOZTEPE, H.; ÇYİNAR, S.; AY, A.; YÖLDÜZ, G.K.; KÖYLÜÇ., C. Predictors of caregiver burden in mothers of children with leukemia and cerebral palsy. **Journal of Psychosocial Oncology**, v. 37, p. 69-78, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1489441>.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

BRILHANTE, A. V. M.; FILGUEIRA, L. M. A.; LOPES, S. V. M. U.; VILAR, N. B. S.; NÓBREGA, L. R. M.; POUCHAIN, A. J. M. V.; SUCUPIRA, L. C. G.. “Eu não sou um anjo azul”: a sexualidade na perspectiva de adolescentes autistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 417-423, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40792020>.

BUJNOWSKA, A. M. et al. Parenting and Future Anxiety: The Impact of Having a Child with Developmental Disabilities. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 4, p. 668, 2019. Disponível em <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/4/668>.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. **Experimental and quasi-experimental designs for research**. Boston: Houghton Mifflin, 1979.

CAPARROZ, J.; SOLDERA, P.E.S. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: IMPACTOS DO DIAGNÓSTICO E SUAS REPERCUSSÕES NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES FAMILIARES. **Open Minds International Journal**, v. 3, n.1, p. 33–44, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.47180/omij.v3i1.142>.

CARVALHO, et al. Transtorno do Espectro Autista: Desafios Diagnósticos, Fatores Etiológicos e Estratégias Terapêuticas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 2, p. 1247-1267, 2025. Disponível em <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p1247-1267>

CASE-SMITH, J., ARBESMAN, M. Evidence-Based Review of Interventions for Autism Used in or of Relevance to Occupational Therapy. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 62, p. 416-429, 2008. Disponível em doi 10.5014/ajot.62.4.416.

COZBY, Paul C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

DELARISSA, F. A. **Animais de estimação e objetos transicionais: uma aproximação psicanalítica sobre a interação criança-animal**. 2003. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Disponível em <http://hdl.handle.net/11449/97655>.

DEPAPE, A.M.; LINDSAY, S. Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. **Qual Health Res**, v. 25, n.4, p.569-83, 2015. Disponível em doi: 10.1177/1049732314552455.

DIELEMAN, L.M.; MOYSON, T.; DE PAUW, S.S.W; PRINZIE, P.; SOENENS, B. Parents' Need-related Experiences and Behaviors When Raising a Child With Autism Spectrum Disorder. **J Pediatr Nurs**, v. 42, p. 26-37. Disponível em doi: 10.1016/j.pedn.2018.06.005.

DORNELAS, L.F.; MAGALHÃES, L.C. Desempenho funcional de escolares com diagnóstico de atraso no desenvolvimento até os dois anos de idade. **Revista Paulista de Pediatria**, v.34, n.1, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.05.004>.

FARACO, C. B. **Interação humano-cão: o social constituído pela relação interespecie**. 2008. Tese de Doutorado (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/620>.

FAUSTINO, G. F. **Perfil funcional e repertório ocupacional de crianças típicas e crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista**. 2020. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Disponível em <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/15825>.

FERNANDES P. I. C., SANTANA M. R. R., PESTANA S. C. C. Estudo comparativo do desempenho ocupacional entre crianças com atraso de desenvolvimento entre 3 e 5 anos de idade. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0694>.

FERNANDES, C.S.; TOMAZELLI, J.; GIRIANELLI, V. R. Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. **Psicologia Usp**, v. 31, p. e200027, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027>

FIGUEIREDO, M. O.; ALLEGRETTI, A.L., MAGALHÃES, L. Terapia Ocupacional Assistida por Cães: uma revisão de escopo da literatura brasileira. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 2021. Disponível em <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2762> Acesso em 20 Junho 2021.

FIGUEIREDO, M. O.; MAGALHÃES, L.; ALLEGRETTI, A. L. CANINE-ASSISTED OCCUPATIONAL THERAPY: CASE STUDY WITH A CHILD ON THE AUTISM

SPECTRUM. **Arquivos De Ciências Da Saúde Da UNIPAR**, v. 27, n. 7, p. 3547–3564, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i7.2023-019>.

FIGUEIREDO, M. O.; BARATELA, L. R.; ROIZ, R. G. Terapia ocupacional assistida por cães: propostas de atividades para crianças no transtorno do espectro autista. **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**, v. 35, n.1-3, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v35i1-3e222847>.

FINE, A. H. **Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice**. Países Baixos: Elsevier Science, 2019.

FINE, A. H.; BECK, A.H. Understanding Our Kinship With Animals: Input for Health Care Professionals Interested in the Human-Animal Bond. *In*: FINE, A.H. **Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice**. Países Baixos: Elsevier Science, 2019.

FINE, A.H.; TEDESCHI, P.; MORRIS, K.N.; ELVOVE, E. Forward Thinking: The Evolving Field of Human-Animal Interactions. *In*: FINE, A.H. **Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice**. Países Baixos: Elsevier Science, 2019.

FOLHA, D.R.S.; DELLA BARBA, P. C.S. Produção de conhecimento sobre terapia ocupacional e ocupações infantis: uma revisão de literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 2020. Disponível em <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2285>.

FOLHA, D.R.S.; JOAQUIM, R. H.V.T.; MARTINEZ, C.M.S.; DELLA BARBA, P. C.S. Participação de crianças com desenvolvimento típico e com transtorno do espectro autista em situações de brincadeiras na educação infantil. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 29, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-54702023v29e0096>.

FUNG, S. C.; LEUNG, A. S. Y. Pilot study investigating the role of therapy dogs in facilitating social interaction among children with autism. **Journal of Creativity in Mental Health**, v. 9, n. 2, p. 165–182, 2014. Disponível em doi: 10.1007/s10879-014-9274-z

GALVANY-LÓPEZ, J.; MARTÍ-VILAR, M.; HIDALGO-FUENTES, S.; CABEDO-PERIS, M. Dog-Assisted Therapy in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. **Children**, n.1, v. 11, n. 12, p. 1499, 2024. DOI: 10.3390/children11121499

GEE, N. R.; FINE, A. H.; Schuck, S. E. B. (2021). **Animals in educational settings: Research and practice**. Academic Press.

HARAWAY, Donna Jeanne. **Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene**. Durham: Duke University Press, 2016.

HERRERO, R. et al. The burden and psychological distress of family caregivers of children with autism spectrum disorder. **BMC Psychiatry**, v. 24, 2024. Disponível em doi 10.3390/jcm13102861

HILL, R. J; ZIVIANI, J.; DRISCOLL, C.; SMITH-CAWDELL, J. Can Canine-Assisted Interventions Affect the Social Behaviours of Children on the Autism Spectrum? A Systematic Review. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2019a, v. 6, p. 13–25. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s40489-018-0151-7>.

HILL, R. J; ZIVIANI, J.; SMITH-CAWDELL, J.; DRISCOLL, C. Canine-Assisted Occupational Therapy: Protocol of a Pilot Randomised Control Trial for Children on the Autism Spectrum. **Open Journal of Pediatrics**, 2019b v. 9, p. 199-217. Disponível em <https://doi.org/10.4236/ojped.2019.93020>.

HILL, R. J; ZIVIANI, J.; DRISCOLL, C.; SMITH-CAWDELL, J. Can Canine-Assisted Interventions Affect the Social Behaviours of Children on the Autism Spectrum ? A Systematic Review. **Review Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 6, p. 13-25, 2019c. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s40489-018-0151-7>. Acesso em 20 Junho 2021.

HILL J; ZIVIANI. J; DRISCOLL C.; TEOH A.L.; CHUA, J.M.; CAWDELL-SMITH, J. Canine Assisted Occupational Therapy for Children on the Autism Spectrum: A Pilot Randomised Control Trial. **J Autism Dev Disord**, 2020a. Disponível em doi: 10.1007/s10803-020-04483-7.

HILL, R. J; ZIVIANI, J.; DRISCOLL, C. Canine-assisted occupational therapy for children on the autism spectrum: Parents’ perspectives. **Australian Occupational Therapy Journal**, 2020b. Disponível em doi: 10.1111/1440-1630.12659.

HILL, R. J; ZIVIANI, J.; DRISCOLL, C. “The connection just happens”: Therapists’ perspectives of canine-assisted occupational therapy for children on the autism spectrum. **Australian Occupational Therapy Journal**, 2020c. Disponível em doi: 10.1111/1440-1630.12680.

HILL, R. J; ZIVIANI, J.; DRISCOLL, C.; SMITH-CAWDELL, J. Canine-assisted occupational therapy for children on the autism spectrum: Challenges in practice. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 3, n. 4, 2020d. Disponível em DOI: 10.1177/0308022619858851.

HOCKING, C.; WILCOCK, A. **An Occupational Perspective of Health**. 3. ed. New York: Routledge, 2015. Disponível em doi: 10.4324/9781003525233.

HOWELL - FORBES, H.E.; MARXEN, K. Animal-Assisted Therapy: **A Dog’s Influence on Occupational Therapy Outcomes of a Child With Cerebral Palsy**. Dissertação (Mestrado em Ciências em Terapia Ocupacional) – University of Puget Sound, Tacoma, WA, USA. Disponível em [https://soundideas.pugetsound.edu/ms\\_occ\\_therapy/97/](https://soundideas.pugetsound.edu/ms_occ_therapy/97/).

HULLEY, S. B. et al. **Designing clinical research**. 4. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Em 2022, mulheres dedicaram 9,6 horas por semana a mais do que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas**. Agência de Notícias IBGE, Rio de Janeiro, 11 ago. 2023. Disponível em

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37621-em-2022-mulheres-dedicaram-9-6-horas-por-semana-a-mais-do-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista: resultados preliminares da amostra / IBGE**, 2025. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102178>.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HUMAN-ANIMAL INTERACTION ORGANIZATIONS. The IAHAIO White Paper: **Definitions for Animal Assisted Intervention and Guidelines for Wellness of Animals Involved**, 2018. Disponível em <https://iahaio.org/best-practice/white-paper-on-animal-assisted-interventions/>.

IVARSSON, A.; MÜLLERSDORF M. An integrative review combined with a semantic review to explore the meaning of Swedish terms compatible with occupation, activity, doing and task. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, 2008. Disponível em doi:10.1080/11038120701442906.

JACOBSON, N. S.; TRUAX, P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 59, n.1, p. 12-19, 1991.

JACOBSON, N. S.; ROBERTS, L. J.; BERNS, S. B.; MCGLINCHEY, J. B. Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 67, p. 300-307, 1999. Disponível em <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.300>.

JOHNSON, A.B.; PLASS-PARISH, N.; KIRBY, M. ; WINKLE, M.; SKWERER, D.P.; ACKERMAN, L.; BROSIG, C.; COOMBE, W.; DELISLE, E.; ENDERS-SLEGERS, M.J.; FOWLER, J.A.; HEY, L.; HOWELL, T.; KAUFMANN, M.; KIENAST, M.; KINOSHITA, M.; NGAI, D.; WIJNE, B. Recommendations for uniform terminology in animal-assisted services (AAS). **CABI Digital Library**, v.12, n.1, 2024. Disponível em <https://doi.org/10.1079/hai.2024.0003>.

KRUGER, A., & SERPELL, J. A. (2006). Animal-assisted interventions in mental health: Definitions and theoretical foundations. In A. H. Fine (Ed.), **Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice (2nd ed.)** (pp. 21–38). New York: Academic Press.

LATOUR, Bruno. **A política da natureza: como fazer ciência na democracia**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

LATOUR, Bruno. **Onde aterrar? Como se orientar politicamente no Antropoceno**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

LAW, M. et al. Canadian Occupational Performance Measure. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v.57, n.2, 1990.

LEANDRO, N. R. A.; ALEXANDRINO, D. F. L. (2021). Terapia assistida por animais para crianças com o transtorno do espectro autista: Uma reflexão importante e inovadora para a prática pedagógica docente. In: **N. R. A. Leandro, D. F. L.; Alexandrino, B. B.; Rocha, R. F. Ivanciska, Educação brasileira: inovações, perspectivas e experiências** (pp. 23 - 26). Itapiranga, SC: Schreiben.

LEIRNER, P.; TOLEDO, L. H. **Mundo-cão: uma experiência sobre a fronteira entre natureza e cultura no meio urbano**. *Sexta Feira (São Paulo)*, São Paulo, v. 3, p. 127-133, 1998.

LILLEHEIE, I. et al. The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. **Int. J. Qual. Stud. Health Well-being**, v. 16, n. 1, 2021. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2020.1855751>.

LIU, F.; SHEN, Q.; HUANG, M.; ZHOU, H. Factors associated with caregiver burden among family caregivers of children with cerebral palsy: a systematic review. **BMJ Open**, v. 13, 2023. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/13/4/e065215>. Acesso em 10 janeiro 2024.

LIU, Z.; HEFFERNAN, C.; TAN, J. Caregiver burden: A concept analysis. **International Journal of Nursing Sciences**, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>.

LLAMBIAS, C.; MAGILL-EVANS, J.; SMITH, V.; WARREN, S. Equine assisted occupational therapy: Increasing engagement for children with autism spectrum disorder. **American Journal of Occupational Therapy**, n.70, v.6, p. 1-9,2016. Disponível em <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.020701>.

LONDON, M.D.; MACKENZIE, L.; LOVARINI, M.; DICKSON, C.; ALVAREZ-CAMPOS, A. Animas Assisted Therapy for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Parent perspectives. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2020. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32333302/>.

LÓPEZ- CEPERO, J. Current Status of Animal-Assisted Interventions in Scientific Literature: A Critical Comment on Their Internal Validity. **Animals**, v. 10, 2020. Disponível em [doi:10.3390/ani10060985](https://doi.org/10.3390/ani10060985).

LUDLOW et al. Challenges faced by parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. **Journal of Health Psychology**, v.17, n.5, p. 702-711, 2012. Disponível em [doi: 10.1177/1359105311422955](https://doi.org/10.1177/1359105311422955).

MACNAMARA, M.; MOGA, J.; PACHEL, C. What's Love Got to Do With It? Selecting Animals for Animal-Assisted Mental Health Interventions. In: **FINE, A. The Handbook of Animal Assisted Therapy**. Países Baixos: Elsevier Science, 2019.

MANDRÁ, P.P.; MORETTI, T.C.F.; AVEZUM, L.A.; KUROISHI, R.C.S. Terapia assistida por animais: revisão sistemática da literatura. **CoDAS**, 2019, v. 31, n.3. Disponível em DOI: 10.1590/2317-1782/20182018243.

MANDICH, A.; RODGER, S. Doing, being and becoming: their importance for children. In: RODGER, S.; ZIVIANI, J. (Org.). **Occupational therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation**. Malden: Blackwell Publishing, p. 115-135, 2006.

**MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-IV**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MAGALHÃES, L., MAGALHÃES, L. V., CARDOSO, A. A. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

MARGULIS, L.; SAGAN, D. **Microcosmos: quatro bilhões de anos de evolução microbiana**. São Paulo: Cultrix, 2002.

MELO, S.C.; LIMA, C.B.; NETTO, N.B.; FERNANDES, J. C.M. A BIOECOLOGIA DO AUTISMO: UMA ANÁLISE DOS RELATOS SOBRE AS QUESTÕES SOCIAIS QUE ATRAVESSAM O DESENVOLVIMENTO. **Educação em Revista**, n. 39, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-469839887>

MONTEIRO, G. T. R, HORA, H. R. M. **Pesquisa em Saúde Pública: Como Desenvolver e Validar Instrumentos de Coleta de Dados**. 1ª edição. Curitiba: Editora Appris, 2013.

NARVEKAR, N.N.; NARVEKAR, N.N. Canine – assisted Therapy in Neurodevelopmental Disorders: A Scoping Review. **European Journal of Integrative Medicine**, v. 50, 2022. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876382022000142?via%3Dihub>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão (CID-11)**. Genebra: OMS; 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Autism**. (2022). Disponível em: [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/autism-spectrum-disorders-\(asd\)](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/autism-spectrum-disorders-(asd)).

PAPADOPOULOS, D. Mothers' Experiences and Challenges Raising a Child with Autism Spectrum Disorder: A Qualitative Study. **Brain Sci**, v. 11, n. 3, 2021. Disponível em doi: 10.3390/brainsci11030309.

PAYNE, E.; BENNETT, P.C.; MCGREEVY, P.D. Current perspectives on attachment and bonding in the dog-human dyad. **Psychol Res Behav Manag**, v. 24, n. 8, p. 71-79, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.2147/PRBM.S74972>.

PIERCE, D. Desembaraçando ocupação e atividade. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v.8, n. 8, p. 14, 2003.

POLATAJKO, H.J., TOWNSEND, E.A. & CRAIK, J., 2007. Canadian Model Of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). **In: Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation.** TOWNSEND, E. A & POLATAJKO, H. J. Ed: Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

PET PARTENS. Pet Partners Handler Guide. Pet Partners Therapy Animal Program. **Published by Pet Partners**, Bellevue, WA (Updated edition), 2023.

RAMIRES, V.R.R.; SCHNEIDER, M.S. Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação. **Psic: Teoria e Pesq**, v.6, n. 1, p. 25-33, 2010. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>.

RASOULPOOR, S.; SALARI, N.; SHIANI, A.; KHALEDI-PAVED, B.; MOHAMMADI, M.. Determining the relationship between over-care burden and coping styles, and resilience in mothers of children with autism spectrum disorder. **Ital J Pediatr**, v. 1, n. 53, 2023. Disponível em doi: 10.1186/s13052-023-01465-0.

REHN, A.K.; CARUSO, V.R.; KUMAR, S. The effectiveness of animal-assisted therapy for children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review, **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 50, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101719>.

ROIZ, R. G.; FIGUEIREDO, M. O. Terapia Ocupacional Assistida por Cães para Crianças no Transtorno do Espectro Autista: estudo de caso coletivo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama**, 2023, v.27, n.8, p.4577-4595, 2023. Disponível em <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10460>.

ROSA, S. D., ROSSIGALLI, T. M., SOARES, C. M. Terapia Ocupacional e o Contexto Familiar. **Revista de Terapia Ocupacional da Ufscar**, 2010, v. 18, n. 1, p. 7-17. Disponível em <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/329/264>.

RICHARDSON, K.; MACKENZIE, L.; LOVARINI, M.; DICKSON, C. Occupational therapy incorporating dogs for autistic children and young people: parent perspectives. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 85, n. 11, p. 859–868, 2022. Disponível em doi: 10.1177/03080226221086217.

ŞAHİN, S.; KOSE, B.; ZARIF, M. Animal-assisted therapy in occupational therapy. **In M. Huri (Ed.), Occupational therapy: therapeutic and creative use of activity London: IntechOpen**, 2018.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.24, v.1, 2002. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>.

SCHATZ, R.B; PETERSON, R.K.; BELLINI, S. The use of video self-modelling to increase on-task behavior in children with high-functioning autism. **Journal of Applied School Psychology**, v. 32, n.2, p.234–243, 2016. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15377903.2016.1183542>.

SCHUCK, S. E. B. et al. Acute salivary cortisol response in children with ADHD participating in animal-assisted intervention: a randomized clinical trial (brief report). **Frontiers in Psychiatry**, 2024. Disponível em <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1476522>.

SHRESTHA, M.; SHRESTHA, N.; KHAND, Y.; SHERPA L. Perceived caregiver's burden among children with autism spectrum disorder in central Nepal: a cross-sectional study. **Ann Med Surg (Lond)**, v. 85, n. 5, p.1673-1677, 2023. Disponível em doi: 10.1097/MS9.0000000000000603.

SINGH, K. et al. Social support as a moderator of perceived stress and burden in mothers of children with autism spectrum disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 47, n. 9, p. 2901–2911, 2017. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3233-y>.

SILVA, S.F.V.M.; BRITO, C.B.; RIBEIRO, A.B.; MESQUITA, E.L.; CRISPIM, R.B.; NUNES, P.P.B. Qualidade de vida dos cuidadores familiares de crianças e adolescente com transtorno do espectro autista. **Ciências & Cognição**, v. 25, n. 1, p. 117-126, 2020. Disponível em <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1658/1083>.

SILVA, M.L. Autismo, neurodiversidade e estigma: perspectivas políticas e de inclusão. **Psicologia: Educação e Cultura**, v. 2, p. 172-180, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/S5FdcTLWS9bPdJwPXcdmHz/?lang=pt>.

SOUZA, L.K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.71, n.2, p. 51-67, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67>.

SPERLL, J.A. Animal-Assisted Interventions in Historical Perspective. *In*: FINE, A.H. **Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice**. Países Baixos: Elsevier Science, 2019.

SQUILASSE, A. F.; SQUILASSE JUNIOR, F. T. Intervenções assistidas por animais: Considerações gerais. **Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP**, v. 16, n. 2, p. 30-35, 3 dez. 2018. Disponível em <https://doi.org/10.36440/recmvz.v16i2.37778>.

SULZBACH, S.L.F. **Sobrecarga materna nos cuidados de crianças com transtorno do espectro autista**. 2019. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/201514>.

TANNER, K. et al. Effectiveness of interventions to improve social participation, play, leisure, and restricted and repetitive behaviors in people with Autism Spectrum Disorder: A systematic review. **American Journal Of Occupational Therapy**, 2015. Disponível em doi 10.5014/ajot.2015/017806.

TEPPER, D.L.; LANDRY, O.; HOWELL, T.J.; STEPHENS, D.; MOLINA, J.; BENNETT, P. C. Therapy dogs for children with autism spectrum disorder: Impacts of active versus passive dog engagement. **Human-Animal Interaction Bulletin**, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1079/hai.2022.0010>.

THOMAS, K. **O homem e o mundo natural: mudanças de atitude em relação às plantas e aos animais, 1500-1800**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

UDELL, M. A. R.; BRUBAKER, L. Are Dogs Social Generalists? Canine Social Cognition, Attachment, and the Dog-Human Bond. **Current Directions in Psychological Science**, v.25, n.5, p. 327-333,2016. Disponível em <https://doi.org/10.1177/0963721416662647>.

VILANOVA, J.R.S; CARNEIRO, C.T.; ROCHA, K.N.S; BRITO, M.A.; ROCHA, R.C.; COSTA, A.C.; BEZERRA, M. A. R. Sobrecarga de mães com filhos diagnosticados com transtorno do espectro autista: estudo de método misto. **Revista Gaúcha Enfermagem**,2020, v.43. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/125659>.

WILCOCK, A. A theory of the human need for occupation. **Journal of Occupational Science**, 1993. Disponível em <https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686375>. Acesso em 20 Junho 2021.

WILCOCK, A. A. Reflections on doing, being and becoming. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 65, n. 5, p. 248-256, 1999.

APÊNDICE I - Roteiro para entrevista semi-estruturada com as mães - Terapia Ocupacional Assistida por Cães

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil:

Nome da criança:

Idade da criança:

Diagnóstico:

Vocês possuem algum animal doméstico? Qual espécie?

Há quanto tempo seu filho(a) frequenta este serviço?

Até 1 ano ( ) 2 a 5 anos ( ) Mais de 5 anos ( )

Quais tipos de terapia seu filho(a) faz atualmente e há quanto tempo?

Há quanto tempo seu filho(a) tem o complemento da Terapia Assistida por Animais com Cães em seu tratamento?

Seu filho(a) já tinha contato com cães durante o seu dia a dia?

O contato de seu filho(a) com cães é positivo no seu dia a dia? ou Como é a relação do seu filho(a) com cães no dia a dia?

Você já havia ouvido sobre Terapia Assistida por Animais com Cães?

O que você entende por Terapia Assistida por Animais com Cães?

Você observou mudanças no seu filho(a) depois que houve a introdução do cão na terapia? Qual(is) mudanças foram mais significativas?

Seu filho(a) passou a fazer coisas em casa ou na escola que não fazia antes? Quais?

Você acha que estas mudanças podem estar ligadas a presença do cão durante as sessões? Se sim, por que?

Seu filho(a) fala(va) sobre o cão? Se sim, o que?

Depois que seu filho(a) iniciou as sessões complementadas por terapia assistida por animais com cão houve mudança na forma dele se relacionar com você ou com o pai/irmão/avós/professores/pessoas desconhecidas?

Você indicaria a Terapia Assistida por Animais com Cães para alguma mãe/pai? Se sim, por que?

## ANEXO I – Termo Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Departamento de Terapia Ocupacional

**Nome do Projeto:** Terapia Ocupacional Assistida por Cães para crianças com deficiência ou transtornos do neurodesenvolvimento.

**Responsáveis pela condução da pesquisa:** Profa. Dra. Mirela de Oliveira Figueiredo e Roberta Giampá Roiz.

Você está sendo convidado (a) para participar e autorizar que o seu filho (a) participe do projeto “Terapia Ocupacional Assistida por Cães para criança com deficiências ou transtornos do neurodesenvolvimento”.

Se você aceitar participar terá que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberá uma via deste termo para guardar com você, conforme o item III da Resolução CNS nº 510 de 2016.

Abaixo segue esclarecimentos sobre este projeto:

1. Descrição da justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:
  1. Seu filho(a) foi selecionada(o) pois está na faixa etária entre 3 a 12 anos de idade sendo atendido na USE por apresentar algum diagnóstico de deficiência e/ou transtorno do neurodesenvolvimento.
  2. Os objetivos deste estudo são avaliar e descrever a funcionalidade e o desempenho ocupacional de seu filho(a) antes e depois de passarem por uma intervenção terapêutica ocupacional assistida por cães. Portanto, também é objetivo elaborar, concretizar e descrever a intervenção terapêutica ocupacional assistida por cães realizada com o seu filho(a) considerando os resultados da avaliação inicial.
  3. A sua participação significa responder a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) (Magalhães, Magalhães, Cardoso, 2009), a Escala Parental de Adaptação a Deficiência (EPAD), Escala de Sobrecarga de Zarit e um roteiro para entrevista semi-estruturada. A COPM mensura problemas funcionais e o desempenho ocupacional em três áreas (autocuidado, produtividade e lazer) levando cerca de 25 minutos para ser respondida. A EPAD verifica o nível de adaptação e desenvolvimento da mãe e/ou pai a deficiência de seu filho. A Escala de Sobrecarga de Zarit avalia o impacto da sobrecarga sobre aspectos da vida, como na saúde, vida social e pessoal, bem estar emocional, relações interpessoais e situação financeira, contendo 22 itens. O roteiro para entrevista semi-estruturada, elaborado pela pesquisadora, volta-se para a obtenção de informações relativas à idade, estado civil, número de filhos, nível educacional, profissão, avaliação que faz sobre a participação do filho nas sessões de Terapia Assistida por Cães, observação de mudanças no desenvolvimento e

comportamento do filho. Estima-se que a resposta a todos os instrumentos leve cerca de 40 minutos. Ambos os instrumentos serão aplicados em uma sala na USE no mesmo dia e horário em que leva seu filho para a terapia.

4. A participação do seu filho(a) será nas sessões de terapia ocupacional assistida por cães que ocorrerão na USE uma vez por semana com duração de até 30 minutos.
5. A sua participação e a do seu filho(a) não é obrigatória, vocês têm liberdade para recusar a participar, desistir de participar e/ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e nem prejuízo para você ou seu filho(a) e de forma alguma irá interferir na permanência dele na USE.
6. As sessões de terapia assistida por cães não terão nenhum custo e a participação será em dia e horário que tiverem disponibilidade.
7. Não haverá qualquer compensação em dinheiro pela participação na pesquisa, mas garantimos o compromisso de propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes da participação da pesquisa, conforme o caso sempre e enquanto necessário conforme a Resolução CNS nº 510/2016, artigo 3, além disso garantimos o direito da indenização aos participantes, caso haja qualquer dano decorrente da pesquisa, e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação nas pesquisas conforme consta na Resolução CNS nº 510/2016.
8. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome e do seu filho(a) em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.
9. Todas as sessões de terapia ocupacional assistida por cães serão videogravadas tendo acesso às gravações apenas a pesquisadora e uma auxiliar da pesquisa, orientanda da pesquisadora, do Programa de Graduação em Terapia Ocupacional.
10. As informações coletadas serão armazenadas de forma temporária em computador de propriedade da pesquisadora pelo tempo de duração da pesquisa, cerca de 2 ano, sendo posteriormente apagadas.

2. Descrição dos possíveis riscos e os benefícios esperados:

- a. Um dos riscos está na modificação da rotina da família, pois o(a) filho(a) iniciará sessões de terapia ocupacional assistida por cães uma vez por semana com duração de até 30 minutos sendo necessário para isso que cada mãe/pai e/ou responsável respondam um instrumento de avaliação. Além disso, o projeto em si irá requerer um espaço/sala na instituição parceira para realização da avaliação pré-intervenção com cada mãe/pai e das sessões terapêuticas com as crianças, então também alterará a rotina do serviço. Dentre os procedimentos a serem adotados para a minimização destes riscos será combinar com antecedência o(s) dia e horário(s) de realização tanto da avaliação como das sessões. Também será garantido que cada mãe/pai parem a avaliação a qualquer momento assim como não responda questões que não queiram. Em adição, será garantido que as crianças parem as sessões e/ou não façam atividades que não queiram. O agendamento das avaliações e das sessões ocorrerá mediante a disponibilidade e preferência das famílias e serviço parceiro em relação ao dia e horário.
- b. Os benefícios deste projeto primeiramente estão na identificação de possíveis dificuldades funcionais e no desempenho ocupacional das crianças e o efeito da incorporação de um cão nas sessões de terapia ocupacional para estas crianças. A pesquisadora irá realizar as orientações às mães ou pais e também poderá fazer relatórios e encaminhamentos sempre que necessário. Com os resultados das

avaliações pré e pós intervenção serão coletadas e sistematizadas informações sobre a efetividade do cão na reabilitação destas crianças favorecendo o incremento da produção científica sobre o tema, o que poderá elucidar a fundamentação de futuras práticas profissionais voltadas ao cuidado destas populações.

2. A pesquisadora, profa. Dra. Mirela de Oliveira Figueiredo e/ou sua orientanda cadastrada na plataforma brasil como membros da equipe de trabalho irão realizar a aplicação dos instrumentos.
  
3. Em conformidade com:

---

Mirela de O. Figueiredo

Endereço: Via Washington Luiz SP-310, Km. 235 - Caixa Postal 676, CEP 13.565-905, São Carlos, SP. Brasil. Telefone: (16) 3351-8028. E-mail: (e-mail da docente responsável)

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [propq@ufscar.br](mailto:propq@ufscar.br)**

Recomenda-se, que ao dar o seu consentimento para participar da pesquisa, você guarde em seus arquivos uma cópia digital ou impressa desse documento, que contém o e-mail e telefone de contato da pesquisadora responsável e dos Comitês de Ética em Pesquisa que a aprovaram, para maiores esclarecimentos.

Local e data: \_\_\_\_\_

---

Participante da pesquisa

## ANEXO II – Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)

*Canadian Occupational Performance Measure.*

Versão Brasileira preparada por Lilian V. Magalhães, Livia C. Magalhães &amp; Ana Amélia Cardoso (2009)

**MEDIDA  
CANADENSE  
DE DESEMPENHO  
OCUPACIONAL**

AUTORES:

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,  
Mary Ann McColl, Helene Polajko, Nancy Pollock

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)<sup>9</sup> é uma medida individualizada, criada para ser utilizada por Terapeutas Ocupacionais para detectar alterações na auto-percepção de problemas no desempenho ocupacional, ao longo do tempo.

Publicado pela CAOT Publications ACE

<sup>9</sup>M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

Nome do Cliente:		
Idade:	Sexo:	registro n.º:
Entrevistado (se não for o cliente):		
Data da Avaliação:	Data Prevista para a Reavaliação:	Data da Reavaliação:

*Canadian Occupational Performance Measure.*

Versão Brasileira preparada por Lillian V. Magalhães, Lívia C. Magalhães &amp; Ana Amélia Cardoso (2009)

Terapeuta:
Clínica/Hospital:
Programa:

<b>Passo 1:</b> <b>Identificação das Áreas de Desempenho Ocupacional</b>	<b>Passo 2:</b> <b>Classificação do Grau de Importância</b>
<p>Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de auto-cuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são de difícil realização, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.</p> <p style="text-align: center;"><b>Passo 1A: Atividades de Auto-cuidado</b></p> <p>Cuidados pessoais (ex. vestuário, banho, alimentação, higiene)</p> <p>Mobilidade funcional (ex. transferências, mobilidade dentro e fora de casa)</p> <p>Independência fora de casa (ex. transportes, compras, finanças)</p>	<p>Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.</p> <p style="text-align: center;"><b>Importância</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>   <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>   <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> </div>
<p style="text-align: center;"><b>Passo 1B: Atividades Produtivas</b></p> <p>Trabalho (remunerado/não remunerado) (ex. procurar/manter um emprego, atividades voluntárias)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Importância</b></p> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> </div>

*Canadian Occupational Performance Measure.*

Versão Brasileira preparada por Lilian V. Magalhães, Livia C. Magalhães &amp; Ana Amélia Cardoso (2009)

---

<b>Tarefas domésticas</b>		<input type="text"/>
(ex. limpezas, lavagem de roupas,	_____	<input type="text"/>
preparação de refeições)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
<b>Brincar/Escola</b>		<input type="text"/>
(ex.: habilidade para brincar, fazer o dever	_____	<input type="text"/>
de casa)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>

---

*Canadian Occupational Performance Measure.*

Versão Brasileira preparada por Lilian V. Magalhães, Livia C. Magalhães &amp; Ana Amélia Cardoso (2009)

Passo 1C: Atividades de Lazer		Importância
Recreação tranquila (ex. hobbies, leitura, artesanato)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Recreação ativa (ex. esportes, passeios, viagens)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Socialização (ex. visitas, telefonemas, festas, escrever cartas)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>

**Passos 3 & 4: Pontuação - Avaliação Inicial e Reavaliação**

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao desempenho e satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas. Na reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao desempenho e à satisfação. Calcule as novas pontuações e as mudanças de pontuação.

Avaliação Inicial:		Reavaliação:		
Problemas de Desempenho Ocupacional:	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Canadian Occupational Performance Measure.*

Versão Brasileira preparada por Lilian V. Magalhães, Livia C. Magalhães &amp; Ana Amélia Cardoso (2009)

---

<b>Pontuação</b>	= Pontuação Total do desempenho ou da Satisfação	<b>Pontuação do Desempenho 1</b>	<b>Pontuação do Satisfação 1</b>	<b>Pontuação do Desempenho 2</b>	<b>Pontuação do Satisfação 2</b>
<b>o:</b>		/	/	/	/
<b>Pontuação Total</b>		/	/	/	/
	<b>Nº de Problemas</b>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>

---

**MUDANÇA NO DESEMPENHO** = Pontuação do desempenho 2  - Pontuação do desempenho 1

=

**MUDANÇA NA SATISFAÇÃO** = Pontuação da satisfação 2  - Pontuação da satisfação 1

=

---

*Canadian Occupational Performance Measure.*

Versão Brasileira preparada por Lilian V. Magalhães, Livia C. Magalhães &amp; Ana Amélia Cardoso (2009)

---

**ANOTAÇÕES ADICIONAIS E INFORMAÇÕES DO CLIENTE:**

Avaliação Inicial:

Reavaliação:  
  

---

ANEXO III – *Zarit Burden Interview Scale* – Versão Brasileira**ZARIT BURDEN INTERVIEW****Zarit Burden Interview Scale -Tradução**

**Data:** \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1, algumas vezes= 2, frequentemente= 3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

\* No texto *Seu familiar* refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

**1. Você sente que seu familiar pede mais ajuda do que ele/ela realmente precisa?**

0. Nunca    1. Raramente    2. Algumas vezes    3. Frequentemente

4. Sempre

**2. Você sente que não tem tempo suficiente para você devido ao tempo que você dedica ao seu familiar?**

0. Nunca    1. Raramente    2. Algumas vezes    3. Frequentemente

4. Sempre

**3. Você se sente estressado dividindo-se entre tomar conta do seu familiar e assumindo suas responsabilidades para sua família ou trabalho?**

0. Nunca    1. Raramente    2. Algumas vezes    3. Frequentemente

4. Sempre

**4. Você se sente envergonhado com o comportamento do seu familiar?**

0. Nunca    1. Raramente    2. Algumas vezes    3. Frequentemente

4. Sempre

**5. Você se sente irritado quando está próximo do seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**6. Você sente que seu familiar frequentemente afeta negativamente seu relacionamento com outros membros da família ou amigos?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**7. Você tem medo do que possa acontecer com seu familiar no futuro?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**8. Você sente que seu familiar depende de você?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**9. Você se sente estressado quando está próximo do seu familiar?**

0. nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**10. Você sente que sua saúde foi prejudicada devido à sua dedicação ao seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**11. Você sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**12. Você sente que sua vida social foi prejudicada por causa dos cuidados com o seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**13. Você se sente desconfortável em receber amigos em casa devido ao seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**14. Você sente que seu familiar parece esperar que você cuide dele(a) como se você fosse o único(a) de quem ele(a) pudesse depender?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**15. Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu familiar, além de suas outras despesas?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**16. Você sente que não vai mais ser capaz de cuidar de seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Quase sempre

**17. Você sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**18. Você gostaria de transferir o cuidado de seu familiar para outra pessoa?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**19. Você sente-se incerto/inseguro acerca do que fazer com o seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**20. Você sente que deveria estar fazendo mais por seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**21. Você acha que poderia fazer um trabalho melhor no cuidado com seu familiar?**

0. Nunca 1. Raramente 2. Algumas vezes 3. Frequentemente

4. Sempre

**22. De maneira geral, o quão sobrecarregado você se sente cuidando do seu familiar?**

0. Nem um pouco 1. Um Pouco 2. Moderadamente 3. Muito

4. Extremamente