

**A CONTRIBUIÇÃO DA
TERAPIA OCUPACIONAL
PARA O
DESENVOLVIMENTO DA
AUTONOMIA NAS
ATIVIDADES DE VIDA
DIÁRIA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM
TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

**THE CONTRIBUTION OF OCCUPATIONAL THERAPY TO THE
DEVELOPMENT OF AUTONOMY IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING OF
CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER**

Ciências da Saúde • 27/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790390583](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790390583)

Eliane Bottega Baggio

RESUMO

O presente trabalho busca analisar a contribuição da Terapia Ocupacional para a promoção da autonomia nas atividades de vida diária de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), considerando intervenções centradas na pessoa, na família e nos contextos de participação. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa de literatura, de caráter descritivo e analítico, fundamentada em publicações científicas, diretrizes profissionais e documentos institucionais localizados em PubMed, SciELO, periódicos da American Occupational Therapy Association, Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Foram priorizados estudos publicados entre 2020 e 2025, sem excluir trabalhos clássicos indispensáveis à compreensão conceitual. Durante a literatura dos textos observamos que a Terapia Ocupacional pode favorecer o desempenho e a participação em autocuidado, alimentação, higiene, vestuário, uso do banheiro, sono, organização da rotina, mobilidade funcional e tarefas domésticas. As estratégias mais consistentes envolvem análise da atividade, adaptação ambiental, treino graduado, comunicação visual, modelagem, tecnologias assistivas, orientação aos cuidadores e articulação interprofissional. Também foi observado que a generalização e a manutenção das habilidades permanecem desafios relevantes, sobretudo na adolescência. Neste sentido, a Terapia Ocupacional contribui para a autonomia ao transformar objetivos funcionais em oportunidades concretas de participação, respeitando singularidades sensoriais, comunicacionais, cognitivas e culturais. Entretanto, a evidência sobre atividades de vida diária ainda é limitada, exigindo estudos com amostras maiores, desfechos ecológicos e participação ativa de pessoas autistas e suas famílias.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Transtorno do Espectro

Autista; Atividades de Vida Diária; Autonomia; Crianças e adolescentes.

ABSTRACT

This study seeks to analyze the contribution of Occupational Therapy to the promotion of autonomy in the activities of daily living among children and adolescents with Autism Spectrum Disorder (ASD), considering interventions centered on the individual, the family, and participation contexts. To this end, a descriptive and analytical narrative literature review was conducted, based on scientific publications, professional guidelines, and institutional documents identified in PubMed, SciELO, journals published by the American Occupational Therapy Association, as well as documents from the World Health Organization and the Brazilian Ministry of Health. Studies published between 2020 and 2025 were prioritized, without excluding seminal works essential to the conceptual understanding of the subject. The review of the literature indicated that Occupational Therapy may enhance performance and participation in self-care, feeding, personal hygiene, dressing, toileting, sleep, daily routine organization, functional mobility, and household tasks. The most consistent strategies include activity analysis, environmental modifications, graded training, visual communication, modeling, assistive technologies, caregiver guidance, and interprofessional collaboration. It was also observed that the generalization and maintenance of skills remain significant challenges, particularly during adolescence. In this regard, Occupational Therapy contributes to autonomy by transforming functional goals into concrete opportunities for participation while respecting individual sensory, communicative, cognitive, and cultural characteristics. However, the evidence concerning activities of daily living remains limited, highlighting the need for studies involving larger samples,

ecologically valid outcomes, and the active participation of autistic individuals and their families.

Keywords: Occupational Therapy; Autism Spectrum Disorder; Activities of Daily Living; Autonomy; Children and adolescents.

1. INTRODUÇÃO

Segundo os critérios do DSM-5, o transtorno do espectro autista (TEA) engloba *Déficits* na comunicação social, dificuldades na reciprocidade socioemocional, em comportamentos não verbais usados para a interação e na capacidade de desenvolver/manter relacionamentos. O documento afirma que o diagnóstico do TEA encontra-se no grupo dos transtornos do neurodesenvolvimento e orienta que os critérios sejam interpretados em conjunto com as características clínicas e o funcionamento da pessoa [12]. A expressão “espectro” evidencia a heterogeneidade das trajetórias, das necessidades de apoio e das potencialidades de cada pessoa. A Organização Mundial da Saúde ressalta que as habilidades e necessidades de pessoas autistas variam amplamente e podem modificar-se ao longo do tempo, de modo que o cuidado deve ser individualizado, acessível e articulado entre saúde, educação, assistência social e comunidade [1].

O TEA não determina, por si só, um modo único de viver ou um nível fixo de dependência. Essa compreensão é coerente com a orientação do DSM-5-TR de que os critérios de diagnósticos devem ser utilizados por profissionais treinados, não como instrumento de autodiagnóstico [12]. A participação cotidiana resulta da relação entre características individuais, demandas das tarefas, expectativas sociais, barreiras ambientais e oportunidades de aprendizagem. Crianças e adolescentes autistas podem apresentar dificuldades em

iniciar, sequenciar, flexibilizar ou concluir tarefas de autocuidado, especialmente quando há alterações no processamento sensorial, planejamento motor, comunicação, atenção, funções executivas ou regulação emocional. Tais dificuldades podem repercutir em atividades como escovar os dentes, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, utilizar o banheiro, preparar materiais escolares, organizar pertences e deslocar-se com segurança.

As atividades de vida diária (AVDs) compreendem ocupações fundamentais para o cuidado do próprio corpo e para a participação social. Na literatura de Terapia Ocupacional, as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) incluem tarefas mais complexas, como preparar refeições simples, cuidar do ambiente, administrar objetos pessoais, utilizar serviços da comunidade e organizar rotinas. A aquisição dessas habilidades não representa apenas a execução mecânica de tarefas: relaciona-se à autodeterminação, à autoestima, à saúde, à qualidade de vida e à possibilidade de participar de contextos familiares, escolares e comunitários [2].

A dependência prolongada em AVDs pode aumentar a sobrecarga familiar e reduzir oportunidades de participação. A revisão de Auld, Foley e Cashin identificou que adolescentes e jovens adultos autistas apresentam resultados inferiores aos esperados em habilidades de vida diária, inclusive quando possuem maior funcionamento intelectual, e destacou lacunas na generalização, na manutenção das habilidades e na adequação das intervenções aos interesses das famílias [2]. Esses achados justificam a necessidade de iniciar o desenvolvimento da autonomia desde a infância, sem esperar a adolescência para introduzir responsabilidades compatíveis com a idade.

Nesse cenário, a Terapia Ocupacional ocupa posição estratégica, pois seu objeto de intervenção é a participação em ocupações significativas. O terapeuta ocupacional analisa a pessoa, a atividade e o ambiente, identifica barreiras e facilitadores, estabelece metas funcionais e constrói estratégias para que a criança ou o adolescente participe com o menor nível de ajuda necessário. A intervenção não deve buscar uma normalização do comportamento autista, mas ampliar acesso, escolha, segurança, comunicação e participação em tarefas que façam sentido para o sujeito e para sua rede de apoio [3]. Essa compreensão da Terapia Ocupacional como prática voltada à participação, ao desempenho ocupacional e à construção de estratégias contextualizadas também é discutida por Oliveira, Mello e Buchain (2026) [23]. Essa perspectiva também evita reduzir a pessoa ao diagnóstico, uma vez que o manual deve apoiar a formulação clínica sem substituir a análise da história, do contexto e das necessidades individuais [12].

A questão norteadora deste estudo foi a maneira que a Terapia Ocupacional pode contribuir para o desenvolvimento da autonomia nas atividades de vida diária de crianças e adolescentes com TEA. O objetivo geral foi analisar essa contribuição à luz da produção científica recente. Como objetivos específicos, buscou-se identificar as principais demandas funcionais relacionadas às AVDs; descrever estratégias terapêutico-ocupacionais utilizadas no treino e na adaptação das tarefas; discutir o papel da família, da escola e do ambiente; e apontar lacunas e implicações para a prática e para novas pesquisas.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, descritiva e analítica. Essa modalidade foi escolhida por permitir integrar artigos de revisão, estudos de intervenção, diretrizes profissionais e documentos institucionais, favorecendo a compreensão ampla de um tema cuja produção ainda apresenta heterogeneidade quanto às definições de autonomia, aos instrumentos de avaliação e aos desfechos utilizados.

A busca exploratória foi realizada em *PubMed*, *SciELO*, *Google Scholar*, periódicos da *American Occupational Therapy Association*, páginas institucionais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Foram utilizados, em português e inglês, os descritores e combinações: Terapia Ocupacional, transtorno do espectro autista, atividades de vida diária, autonomia, habilidades de vida diária, *occupational therapy*, *autism*, *activities of daily living*, *self-care* e *independence*. Foram consultadas publicações disponíveis até agosto de 2026, com prioridade para estudos publicados entre 2020 e 2025, além de referências anteriores consideradas essenciais.

Foram incluídos artigos científicos, revisões sistemáticas ou de escopo, diretrizes de prática profissional e documentos oficiais que abordassem crianças, adolescentes ou jovens autistas e apresentassem relação com autocuidado, participação, habilidades funcionais, adaptação ambiental, processamento sensorial, alimentação, sono, rotina ou intervenção da Terapia Ocupacional. Foram excluídos textos sem relação direta com ocupações cotidianas, estudos exclusivamente voltados a diagnóstico, farmacoterapia ou comunicação sem desfecho funcional, duplicatas e publicações sem informações bibliográficas suficientes.

A seleção ocorreu mediante leitura dos títulos, resumos e, quando disponível, texto integral. Os dados foram organizados em uma matriz contendo autor, ano, população, foco da intervenção, principais resultados e limitações. A síntese foi realizada por aproximação temática, considerando quatro eixos: demandas de autonomia; estratégias terapêutico-ocupacionais; participação da família e dos contextos; e limites da evidência.

Por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público, sem identificação de participantes e sem coleta direta com seres humanos, o estudo não necessitou de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, a redação foi conduzida segundo princípios de integridade científica, transparência metodológica, respeito à diversidade neurológica e reconhecimento da participação de pessoas autistas na definição de práticas de cuidado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização Geral da Literatura

A busca identificou uma produção crescente sobre participação e habilidades de vida diária, mas ainda menor do que a produção dedicada a comunicação, comportamento ou desempenho escolar. A diretriz de prática da *American Occupational Therapy Association*, publicada por Patten, Murthi, Onwumere, Skaletski, Little e Tomchek, foi construída a partir de quatro revisões sistemáticas e de 98 artigos incluídos nessas revisões. O documento recomenda intervenções multidisciplinares, orientadas por objetivos, adaptações ambientais, educação e treinamento de parceiros de cuidado, além do uso de linguagem baseada em forças [3]. Ao mesmo tempo, os

autores reconhecem que a evidência específica para participação em AVDs de jovens autistas permanece insuficiente.

A revisão de escopo de Auld, Foley e Cashin analisou 25 trabalhos sobre habilidades de vida diária de adolescentes e jovens adultos autistas. Os autores organizaram os achados em temas como generalização entre contextos, manutenção das habilidades, uso de tecnologia, perspectivas de participantes e famílias e equilíbrio entre AVDs e AIVDs [2]. Embora o recorte etário não corresponda integralmente à infância, seus resultados são importantes porque demonstram que a autonomia precisa ser construída progressivamente, em situações reais e com oportunidades reiteradas de prática.

Estudos e diretrizes recentes sugerem que o melhor resultado não é necessariamente a execução perfeita de uma tarefa segundo um padrão adulto, mas a participação possível, segura e significativa. Essa distinção é essencial para evitar que a terapia seja orientada exclusivamente pela redução de diferenças visíveis. O foco deve estar na funcionalidade, no bem-estar, na escolha e na capacidade de a criança comunicar preferências, solicitar ajuda, recusar estímulos aversivos e participar de decisões sobre a própria rotina [1] [3]. O DSM-5-TR reforça essa leitura contextual ao apresentar, para cada transtorno, informações sobre desenvolvimento e curso, fatores de risco e prognóstico, questões culturais, sexo e gênero, consequências funcionais, diagnóstico diferencial e comorbidades [12].

3.2. Demandas Funcionais nas Atividades de Vida Diária

As demandas observadas nas AVDs são multidimensionais. No autocuidado, podem incluir dificuldade para tolerar água, espuma, ruídos, odores ou contato físico; compreender instruções; iniciar a tarefa; manter a sequência; ajustar força e coordenação; perceber sinais corporais; ou aceitar mudanças em produtos, utensílios e horários. Na alimentação, a seletividade pode relacionar-se a propriedades sensoriais, experiências anteriores, ansiedade, dificuldades oromotoras ou necessidade de previsibilidade. A intervenção requer avaliação individual e, quando indicado, articulação com fonoaudiologia, nutrição, psicologia e pediatria. Essa cautela é necessária porque a presença de características associadas ao TEA não permite inferir, isoladamente, um diagnóstico ou um plano terapêutico; é preciso considerar duração, intensidade, prejuízo funcional e hipóteses diferenciais [12].

O vestuário exige discriminação tátil, coordenação bilateral, planejamento motor, equilíbrio, reconhecimento de frente e verso, compreensão de etapas e tolerância a texturas e ajustes. No uso do banheiro, além das habilidades motoras, estão envolvidas interocepção, comunicação, privacidade, percepção de urgência, manejo de roupas e generalização entre diferentes ambientes. A Terapia Ocupacional pode decompor cada atividade em componentes observáveis, adaptar materiais e organizar uma progressão compatível com o nível atual de desempenho.

Na adolescência, as demandas se ampliam. Espera-se que o jovem participe do cuidado da aparência, controle de objetos pessoais, preparação de lanches, organização de estudos, deslocamentos, uso responsável de dispositivos, manejo de dinheiro e tarefas domésticas. A transição para a vida adulta também exige trabalhar segurança, planejamento, tomada de decisão e participação

comunitária. O ensino dessas habilidades não deve ser adiado por uma visão incapacitante ou pela crença de que a dependência atual será inevitavelmente permanente.

Tabela 1. Exemplos de demandas funcionais e possibilidades de intervenção

Área de ocupação	Barreiras frequentes	Possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional
Higiene e banho	Hipersensibilidade tátil, ruído, sequência pouco previsível	Adaptação sensorial, rotina visual, treino graduado e escolha de produtos
Vestuário	Texturas, fechos, orientação espacial e coordenação bilateral	Seleção de roupas, treino por etapas, recursos de vestir e prática contextualizada
Alimentação	Seletividade, dificuldade com utensílios e ambiente	Análise da atividade, adaptação de utensílios e trabalho conjunto com equipe
Uso do banheiro	Interocepção, medo, privacidade e generalização	Rotina estruturada, comunicação acessível e treino em diferentes contextos
Organização da rotina	Transições, funções executivas e imprevisibilidade	Agenda visual, temporizadores, hierarquia de ajudas e participação em escolhas
Tarefas domésticas	Planejamento, segurança e manutenção do desempenho	Divisão de tarefas, instruções visuais, treino funcional e monitoramento

Fonte: Ministério da Saúde e portal institucional geral sobre Autismo.

3.3. Estratégias Terapêutico-Ocupacionais para Promoção da Autonomia

A primeira estratégia é a análise da atividade. O terapeuta observa a tarefa em seu contexto real, identifica os passos necessários, as exigências sensoriais, motoras, cognitivas e sociais, bem como os pontos em que a criança depende de ajuda. A análise permite decidir se a prioridade é modificar a atividade, ensinar uma habilidade, adaptar o ambiente ou combinar essas alternativas. Por exemplo, diante de dificuldade para escovar os dentes, pode ser necessário modificar a textura da escova e o sabor do creme dental, utilizar uma sequência visual, ensinar o posicionamento do corpo e reduzir gradualmente a ajuda física.

O treino graduado deve partir de uma meta funcional concreta. Em vez de “melhorar a coordenação”, uma meta pode ser “participar de quatro etapas do vestir, utilizando a sequência visual e solicitando ajuda quando necessário”. A tarefa é dividida em passos menores, com ajudas planejadas e redução progressiva dos comandos. O encadeamento pode ocorrer do primeiro para o último passo ou do último para o primeiro, conforme as características da criança. O sucesso deve ser registrado por medidas funcionais, como número de etapas realizadas, tipo de ajuda, tempo, segurança e satisfação.

Recursos visuais, histórias sociais, fotografias, pictogramas, vídeos e listas de verificação podem tornar a sequência mais previsível. Esses recursos não devem ser empregados de forma padronizada ou sem verificar sua compreensão. Alguns adolescentes preferem listas escritas, aplicativos ou vídeos curtos; outras crianças respondem melhor a objetos de referência, demonstração corporal ou imagens. A tecnologia assistiva pode apoiar comunicação, temporização,

organização e execução, mas precisa estar integrada a situações reais e ser ajustada conforme o desenvolvimento.

A adaptação ambiental é outro componente central. Reduzir ruídos, organizar os materiais sempre no mesmo local, melhorar a iluminação, delimitar espaços, oferecer assento estável, regular a temperatura da água e disponibilizar utensílios adaptados pode diminuir a exigência desnecessária da tarefa. A adaptação não significa retirar todas as demandas; significa tornar possível a participação e oferecer condições para que a habilidade seja aprendida. A diretriz de 2024 recomenda explicitamente adaptações ambientais e educação dos parceiros de cuidado como elementos da prática [3].

O processamento sensorial deve ser considerado com cautela e individualização. Pessoas autistas podem apresentar hiper ou hiporresponsividade a estímulos, busca sensorial, dificuldade de discriminar informações ou respostas variadas conforme o ambiente. A avaliação deve relacionar respostas sensoriais ao desempenho ocupacional, evitando transformar qualquer comportamento em um *déficit* isolado. Intervenções sensoriais precisam ter objetivos funcionais, monitoramento e participação da família. A literatura aponta benefícios potenciais em determinados perfis, mas também heterogeneidade e necessidade de melhor qualidade metodológica [3] [5].

O brincar é uma ocupação e também um meio privilegiado de aprendizagem. Jogos de faz de conta, circuitos motores, atividades de construção e brincadeiras com bonecos podem simular vestir, alimentar, cuidar da higiene e organizar objetos. Porém, o brincar não deve ser reduzido apenas a um instrumento de treino. O

respeito ao interesse da criança aumenta motivação, comunicação e vínculo, enquanto a atividade lúdica favorece repetição sem tornar a intervenção aversiva.

3.4. A Participação da Família, da Escola e dos Cuidadores

A autonomia é mais provável quando as estratégias são aplicadas nos contextos em que a atividade realmente acontece. Sessões clínicas isoladas podem produzir desempenho restrito ao consultório. Por isso, o terapeuta ocupacional deve observar a rotina doméstica e escolar, negociar metas com a família, orientar professores e cuidadores e oferecer formas simples de registro. O treinamento de parceiros não consiste em responsabilizar a família pelo tratamento, mas em compartilhar conhecimento e reduzir a dependência de instruções profissionais constantes.

As famílias conhecem preferências, sinais de estresse, formas de comunicação e prioridades da criança. A parceria deve reconhecer também a sobrecarga, a disponibilidade de tempo, as condições de moradia e o acesso a recursos. A orientação precisa ser viável: uma sequência visual feita com fotografias do próprio banheiro pode ser mais útil do que um material genérico; cinco minutos de treino incorporados ao banho podem ser mais sustentáveis do que uma rotina extensa; e a possibilidade de escolher entre duas roupas pode promover autodeterminação sem desorganizar a manhã.

Na escola, as AVDs e AIVDs relacionam-se a alimentação, higiene, organização de materiais, deslocamento, participação em recreio, educação física e atividades coletivas. O terapeuta ocupacional pode apoiar adaptações razoáveis, orientar a equipe e favorecer a transferência das habilidades para o contexto educacional. A

atuação em rede e a articulação entre aspectos neuropsiquiátricos, saúde mental, cotidiano e participação são coerentes com a perspectiva ampliada [23]. A Lei nº 12.764/2012 reconhece direitos das pessoas com TEA e exige uma abordagem que promova acesso, inclusão e proteção social [4]. A intersectorialidade, portanto, não é um complemento, mas uma condição para que a autonomia seja exercida fora do espaço terapêutico.

3.5. Autonomia, Independência e Linguagem Baseada em Forças

Autonomia e independência são conceitos relacionados, mas não idênticos. Independência costuma referir-se à realização de uma tarefa com pouca ou nenhuma ajuda. Autonomia envolve escolha, expressão de preferências, capacidade de iniciar ou recusar uma ação, solicitar apoio e participar das decisões. Uma pessoa pode precisar de ajuda física para o banho e, ainda assim, exercer autonomia ao escolher o horário, os produtos e a forma de apoio. Essa diferenciação evita medir o sucesso apenas pela ausência de ajuda.

A linguagem também produz efeitos éticos. A diretriz profissional de 2024 justifica o uso de linguagem baseada em forças e reconhece a preferência de muitas pessoas autistas pela linguagem identitária, embora defenda respeito às preferências individuais [3]. No presente artigo, utiliza-se predominantemente “pessoa autista” por coerência com a diretriz, sem considerar inadequado o uso de “pessoa com TEA” quando essa for a preferência do sujeito ou da família. A intervenção deve valorizar interesses, modos de comunicação, formas de autorregulação e conquistas, sem interpretar diferenças como falhas morais.

Um dos maiores desafios é fazer com que a habilidade aprendida permaneça e seja utilizada em diferentes lugares, horários e condições. A revisão de Auld, Foley e Cashin aponta a generalização e a manutenção como temas recorrentes na literatura [2]. Para enfrentar esse problema, é necessário variar gradualmente pessoas, materiais e ambientes, mantendo sinais essenciais da rotina. Aprender a lavar as mãos apenas em um banheiro específico não equivale a utilizar a habilidade na escola, em um restaurante ou durante uma viagem.

A programação deve incluir oportunidades de revisão e uso espontâneo. Após a aquisição de uma habilidade, o terapeuta pode reduzir o número de prompts, intercalar tarefas conhecidas e novas, propor problemas cotidianos e treinar a criança a reconhecer quando precisa de ajuda. Na adolescência, é importante substituir o controle adulto por sistemas de apoio mais discretos, como checklists, alarmes e aplicativos. A manutenção precisa ser acompanhada por indicadores simples e por relatos do próprio adolescente, sempre que possível.

3.6. Avaliação e Indicadores de Resultado

A avaliação terapêutico-ocupacional constitui um processo investigativo e centrado no cliente que transcende a mera verificação binária da capacidade de execução de tarefas. A metodologia empregada fundamenta-se na triangulação rigorosa entre a escuta qualificada durante as entrevistas, a observação clínica contínua do desempenho ocupacional em ambiente real e simulado, a análise detalhada das barreiras e facilitadores contextuais, e a aplicação de instrumentos e escalas padronizadas. Na análise qualitativa do desempenho, identificou-se que a

funcionalidade deve ser mensurada para além da conclusão da atividade, registrando-se o nível de assistência exigido (supervisão verbal, apoio tátil ou auxílio físico parcial/total), o tempo e a eficiência despendidos na execução, os fatores de risco à segurança física (como instabilidade postural e risco de quedas) e a sobrecarga física e emocional imposta aos cuidadores primários e à dinâmica familiar.

Adicionalmente, a elaboração do plano terapêutico singular integra fatores intrínsecos e condições clínicas associadas que modulam o engajamento diário do sujeito. Mapearam-se a necessidade e o uso de recursos de Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) para garantir a autodeterminação e a expressão funcional, bem como o perfil de processamento sensorial para a adequação ambiental frente a hiper ou hiporrespostas a estímulos. A avaliação das reservas de energia evidenciou o impacto direto da qualidade do sono, dos picos de fadiga e da presença de quadros álgicos na tolerância às atividades do cotidiano. Por fim, ponderaram-se os indicadores de saúde mental, tais como flutuações de humor e ansiedade, assegurando um diagnóstico funcional preciso que subsidiará metas terapêuticas voltadas à autonomia, à segurança e ao ganho em qualidade de vida.

Tabela 2. Indicadores funcionais para acompanhamento da autonomia

Indicador	Pergunta orientadora	Exemplo de registro
Participação	A criança ou o adolescente se envolve na tarefa?	Inicia a escovação após o sinal visual
Desempenho	Quantas etapas realiza?	Conclui 5 de 7 etapas do vestir

Ajuda	Qual o tipo e a intensidade do apoio?	Passa de ajuda física para instrução verbal
Generalização	Utiliza a habilidade em outros contextos?	Realiza a tarefa em casa e na escola
Manutenção	Mantém o desempenho ao longo do tempo?	Repete a sequência após duas semanas
Autodeterminação	Escolhe, recusa ou solicita apoio?	Escolhe roupa e pede auxílio para o fecho
Bem-estar	A atividade ocorre com segurança e menor sofrimento?	Reduz sinais de estresse durante o banho

Fonte: próprio autor

3.7. Limitações da Evidência e Implicações Clínicas

Embora os estudos apontem resultados promissores, a evidência apresenta limitações. Há amostras pequenas, diferentes definições de autonomia, instrumentos variados, intervenções multicomponentes e acompanhamento curto. Muitos estudos concentram-se em crianças pequenas, enquanto adolescentes e jovens são menos contemplados. Também existe pouca participação de pessoas autistas na definição dos desfechos, e alguns trabalhos avaliam melhora de habilidades isoladas sem verificar se houve aumento real de participação ou qualidade de vida.

A diretriz de Patten e colaboradores reconhece que ainda são necessárias evidências para sustentar intervenções especificamente destinadas à participação em AVDs de jovens autistas [3]. Essa lacuna não deve ser interpretada como ausência de utilidade clínica

da Terapia Ocupacional, mas como necessidade de aprimorar a pesquisa. Estudos futuros devem utilizar metas individualizadas, medidas de desempenho em ambientes naturais, avaliações de longo prazo, comparação entre diferentes formas de apoio e desfechos relatados por crianças, adolescentes e cuidadores.

Na prática, recomenda-se que o terapeuta ocupacional formule objetivos mensuráveis e significativos, utilize estratégias baseadas em evidências disponíveis, documente mudanças e revise o plano de intervenção. É fundamental evitar promessas de cura, protocolos rígidos e metas que priorizem aparência comportamental em detrimento de participação. A classificação diagnóstica é um recurso de comunicação clínica, e não uma descrição total da pessoa. Como destacam First *et al.*, o DSM-5-TR atualizou critérios, terminologia e textos descritivos, mas seu uso continua dependente do julgamento clínico e da interpretação contextual [21]. O cuidado deve ser neuroafirmativo, centrado na pessoa e sensível a trauma, com atenção às experiências de sobrecarga sensorial e às formas não convencionais de comunicação.

4. CONCLUSÃO

A Terapia Ocupacional contribui para o desenvolvimento da autonomia de crianças e adolescentes autistas ao favorecer a participação em atividades de autocuidado, alimentação, higiene, vestuário, uso do banheiro, organização da rotina, tarefas domésticas e ocupações comunitárias. Sua especificidade está na análise integrada da pessoa, da tarefa e do ambiente, permitindo transformar dificuldades cotidianas em metas funcionais, graduadas e significativas.

Os achados indicam que as estratégias mais relevantes incluem análise da atividade, treino por etapas, adaptação ambiental, comunicação visual, tecnologia assistiva, abordagem sensorial individualizada, educação dos cuidadores e articulação com escola e equipe multiprofissional. A participação da criança ou do adolescente nas escolhas deve ser preservada, pois autonomia não significa apenas realizar uma tarefa sem ajuda, mas poder escolher, comunicar preferências, recusar estímulos, solicitar apoio e exercer controle possível sobre a própria rotina.

A principal limitação deste estudo é o caráter narrativo, que não permite estimar o tamanho do efeito das intervenções nem estabelecer superioridade entre técnicas. A literatura também é heterogênea e ainda insuficiente em relação a adolescentes, generalização, manutenção e desfechos centrados na qualidade de vida. Novas pesquisas devem incluir amostras diversificadas, acompanhamento longitudinal, contextos naturais e participação efetiva de pessoas autistas e de suas famílias.

Conclui-se que a Terapia Ocupacional possui papel relevante na promoção de autonomia e inclusão, desde que sua prática seja individualizada, baseada em objetivos ocupacionais e orientada por direitos, participação e respeito à neurodiversidade. Essa síntese converge com a abordagem da Terapia Ocupacional em neuropsiquiatria e saúde mental, que relaciona cuidado, ocupação, contexto e participação [23]. O foco não deve ser fazer a criança parecer menos autista, mas ampliar suas possibilidades de viver, escolher e participar com segurança e dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Autism. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 22 ago. 2026.
2. AULD, C.; FOLEY, K. R.; CASHIN, A. Daily living skills of autistic adolescents and young adults: a scoping review. Australian Occupational Therapy Journal, v. 69, n. 4, p. 456-474, 2022. DOI: 10.1111/1440-1630.12806. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9543116/>. Acesso em: 22 ago. 2026.
3. PATTEN, K. K.; MURTHI, K.; ONWUMERE, D. D.; SKALETSKI, E. C.; LITTLE, L. M.; TOMCHEK, S. D. Occupational therapy practice guidelines for autistic people across the lifespan. American Journal of Occupational Therapy, v. 78, n. 3, p. 7803397010, 2024. DOI: 10.5014/ajot.2024.078301. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38758762/>. Acesso em: 22 ago. 2026.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/autismo>. Acesso em: 22 ago. 2026.
5. WATLING, R.; HAUER, S. Effectiveness of Ayres Sensory Integration® and sensory-based interventions for people with autism spectrum disorder: a systematic review. American Journal of Occupational Therapy, v. 69, n. 5, p. 6905180030, 2015. DOI: 10.5014/ajot.2015.018051.

6. SCHAAF, R. C.; DUMONT, R. L.; ARBESMAN, M.; MAY-BENSON, T. Efficacy of occupational therapy using Ayres Sensory Integration®: a systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 72, n. 1, p. 7201190010, 2018. DOI: 10.5014/ajot.2018.028431.
7. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice framework: domain and process. 4. ed. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 74, supl. 2, p. 7412410010, 2020. DOI: 10.5014/ajot.2020.74S2001.
8. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice guidelines for children and youth ages 5–21 years. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 74, n. 4, p. 7404397010, 2020. DOI: 10.5014/ajot.2020.744001.
9. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy interventions for children and youth ages 5 to 21 years. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 75, n. 4, p. 7504397010, 2021. DOI: 10.5014/ajot.2021.754001.
10. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Interventions to support participation in basic and instrumental activities of daily living for autistic children and adolescents (2013–2021). *American Journal of Occupational Therapy*, v. 77, supl. 1, p. 7712510014, 2023. DOI: 10.5014/ajot.2023.77S10014.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of functioning, disability and health: children and youth version. Geneva: WHO, 2007. Disponível em:

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>. Acesso em: 22 ago. 2026.

12. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
13. BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm. Acesso em: 22 ago. 2026.
14. CASE-SMITH, J.; O'BRIEN, J. C. Occupational therapy for children and adolescents. 7. ed. St. Louis: Elsevier, 2015.
15. KENNY, L.; HATTERSLEY, C.; MOLINS, B.; BUCKLEY, C.; POVEY, C.; PELLICANO, E. Which terms should be used to describe autism? Perspectives from the UK autism community. *Autism*, v. 20, n. 4, p. 442-462, 2016. DOI: 10.1177/1362361315588200.
16. BOTtema-BEUTEL, K.; KAPP, S. K.; LESTER, J. N.; FLEURY, V. P.; HAND, B. N. Avoiding ableist language: suggestions for autism researchers. *Autism in Adulthood*, v. 3, n. 1, p. 18-29, 2021. DOI: 10.1089/aut.2020.0014.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on children with developmental disabilities: from the margins to the mainstream. Geneva: WHO, 2023. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076521>.

Acesso em: 22 ago. 2026.

18. AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice guidelines for autistic people across the lifespan: plain-language summary. Bethesda: AOTA, 2024. Disponível em: https://library.aota.org/OT_Practice_Guidelines_Autism/. Acesso em: 22 ago. 2026.
19. PENTEADO, L. A. Habilidades de vida diária e autismo. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstreams/8b0b8d6e-8fa7-44cd-81f0-e27e08a9557c/download>. Acesso em: 22 ago. 2026.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics: ICD-11. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acesso em: 22 ago. 2026.
21. FIRST, Michael B. et al. DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. World Psychiatry, v. 21, n. 2, p. 218-219, 2022. DOI: 10.1002/wps.20989. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9077590/>. Acesso em: 16 set. 2026.
22. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. About DSM-5-TR. Washington, DC: APA, 2022. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm>. Acesso em: 16 set. 2026.

23. OLIVEIRA, Alexandra Martini de; MELLO, Patrícia Cotting Homem de; BUCHAIN, Patricia (org.). Terapia ocupacional em neuropsiquiatria e saúde mental. 2. ed. rev. e atual. Barueri: Manole, 2026. 514 p. ISBN 9788520470251.