

# AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL

Crianças com Transtorno do Espectro  
Autista (TEA) e o desempenho nas  
Atividades de Vida Diária (AVD)

**Autora principal:**

Táise Morgane de Lima Medeiros

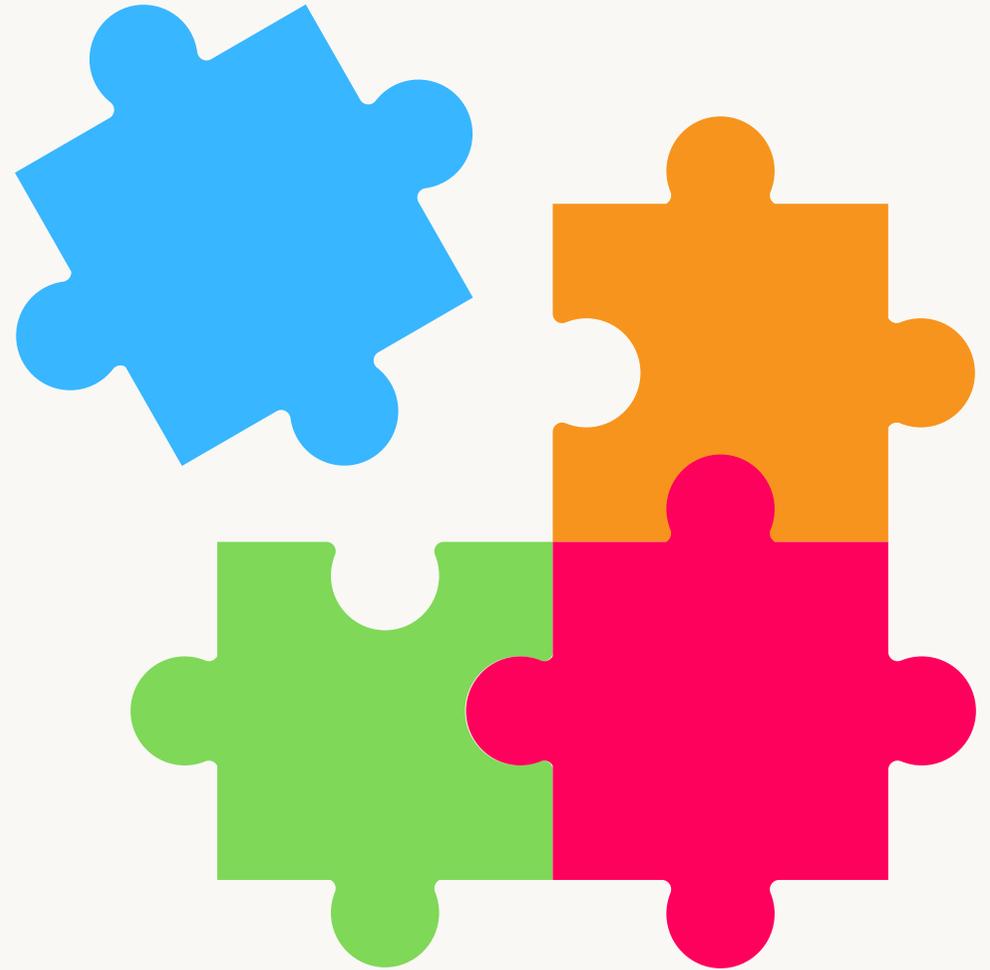
**Coautoras:**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Suélem Barros de Lorena

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino

**Nota:**

Instrumento baseado no referencial teórico sobre Atividades de Vida Diária (AVD) preconizadas pela AOTA e direcionamento do domínio e processo da Terapia Ocupacional em seu Enquadramento da Estrutura da Prática, levando em consideração as possíveis características de crianças com TEA para o aprendizado e desempenho destas ocupações.



Criança:

Data de nascimento:

Idade (anos):

HD e/ou diagnóstico:

Entrevistado (informante):

Parentesco:

## ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL



1. Em poucas palavras, me fale/descreva quem é (nome da criança)? O que ele/ela faz no dia a dia?

---

---

---

---

---

2. Quais suas expectativas e objetivos ao trazer (nome da criança) para a Terapia Ocupacional?

---

---

---

---

---

---

**Nota:** Instrumento baseado no referencial teórico sobre Atividades de Vida Diária (AVD) preconizadas pela AOTA e direcionamento do domínio e processo da Terapia Ocupacional em seu Enquadramento da Estrutura da Prática, levando em consideração as possíveis características de crianças com TEA para o aprendizado e desempenho destas ocupações.

# ANÁLISE DO DESEMPENHO DAS AVD

**Instrução:** neste campo do instrumento, deve ser perguntado ao responsável, e, se a criança tiver habilidade de responder, tentar ao máximo engajar a mesma nas perguntas. Em caso de respostas **"Não"** ou **"Precisa de Ajuda"**, analisar execução da ocupação ou solicitar vídeos aos responsáveis. Sinalizar nas observações o tipo de ajuda fornecido pelo adulto.

## LEGENDA:

(**S** = sim, realiza/consegue) - (**N** = não realiza/ não consegue) - (**PA** = precisa de ajuda) - (**NA** = não se aplica pela idade ou gênero)

## I. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD):



### 1. Consegue tomar banho?

Obs.: incluindo todas as etapas de lavagem e secagem do corpo, bem como uso dos materiais.

S

N

PA

NA

Obs.:

### 2. Realiza os movimentos coordenados para realizar todas as etapas do banho?

Obs.: marque "N" ou "PA" se a criança se mostra "atrapalhada", derrubando mais de 2x os itens de suas mãos ou não segue na ordem as etapas do banho.

S

N

PA

NA

Obs.:

**3. Apresenta incômodo no uso de algum item no banho ou da própria temperatura da água?**

**S**

**N**

**PA**

**NA**

Obs.:

Obs.: incluindo temperatura da água, sensação da água batendo no corpo ou uso de algum item.

**4. O desempenho da criança no banho varia de acordo com o ambiente, horário e pessoas envolvidas? (Explique como ocorre).**

**5. Você identifica alguma barreira ou facilitador para a criança realizar o banho? Se sim, qual ou quais seriam?**

**6. A participação da criança no banho se apresenta com algum padrão de desempenho (sempre o faz da mesma forma)?**

**7. Você observa interesse da criança para participar da ocupação?**



# USO DO VASO E HIGIENE

	S	N	PA	NA	
<b>1. Criança faz uso de fraldas?</b>					Obs. (indicar a frequência do uso e se está em processo de desfralde):
<b>2. Consegue comunicar quando está com vontade de realizar suas necessidades?</b>					Obs.:
<b>3. Consegue sentar e realiza suas necessidades no vaso?</b>  Obs.: não apresenta medo ou qualquer outra dificuldade emocional, comportamental, motora ou de sensopercepção.					Obs.:
<b>4. Consegue fazer sua higiene pessoal ao término do uso do vaso?</b>  Obs.: para o xixi e cocô, incluindo pegar o papel ou lenço e realizar a limpeza, jogando o material no lixo.					Obs.:
<b>5. Apresenta algum incômodo para sentar ou quando está sentado(a) no vaso?</b>					a) Qual seria o tipo de incômodo? Qual a reação da criança?

**6. Realiza a troca do absorvente e limpeza quando nas necessidades menstruais?**

Obs.: criança percebe a necessidade e realiza todo o cuidado necessário.

S

N

PA

NA

Obs.:

**7. O desempenho da criança em usar o vaso e realizar sua higiene, varia de acordo com o ambiente, o horário, pessoas envolvidas, etc.?  
(Explique como ocorre).**

**8. Você identifica alguma barreira ou facilitador para o desempenho da criança no uso do vaso?  
Se sim, qual ou quais seriam?**

**9. A participação da criança nesta ocupação se apresenta com algum padrão de desempenho (sempre a faz da mesma forma)?**

**10. Você observa interesse/iniciativa da criança para participar do uso do vaso e realizar higiene?**



# VESTUÁRIO

## 1. Consegue se vestir?

Obs.: Incluindo parte superior e inferior do corpo, para os tipos de peças do seu contexto, também as íntimas e uso de meias.

S

N

PA

NA

Obs.:

## 2. Consegue se despir?

Obs.: Incluindo parte superior e inferior do corpo, para os tipos de peças do seu contexto, peças íntimas e uso de meias.

S

N

PA

NA

Obs.:

## 3. Consegue apertar e ajustar roupas?

Obs.: manuseio de zíper, botões, cintos, cordões e realização de laços.

S

N

PA

NA

Obs.:

## 4. Consegue colocar calçados?

Obs.: incluindo calçados abertos e fechados, com velcro e cadarço e que seja do seu contexto.

S

N

PA

NA

Obs.:

<p><b>5. Consegue retirar calçados?</b></p> <p>Obs.: incluindo calçados abertos e fechados, com velcro e cadarço e que seja do seu contexto.</p>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<p><b>6. Apresenta incômodo no uso de alguma peça de roupa ou calçado?</b></p>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	a) Qual seria o tipo de incômodo?
<p><b>7. Realiza o vestir e despir de forma sequenciada?</b></p> <p>Obs.: marque "N" ou "PA" se mostra "atrapalhada" na ordem de executar as etapas.</p>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<p><b>8. Consegue selecionar a roupa adequada para o momento e hora do dia?</b></p>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<p><b>9. Consegue pegar a roupa ou o calçado no guarda-roupa/armário ou gaveta, quando solicitado?</b></p>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:

**10. O desempenho da criança no vestuário, varia de acordo com o ambiente, o horário, pessoas envolvidas, etc.? (Explique como ocorre).**

---

**11. Você identifica alguma barreira ou facilitador para o desempenho da criança nesta ocupação?  
Se sim, qual ou quais seriam?**

---

**12. A participação da criança no vestuário se apresenta com algum padrão de desempenho (sempre o faz da mesma forma)?**

---

**13. Você observa interesse/iniciativa da criança para participar do vestuário?**

---



# ALIMENTAÇÃO

<b>1. Comunica quando está com fome ou sede?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>2. Consegue se alimentar?</b>  Obs.: habilidade de levar a comida ou líquido do recipiente até à boca, incluindo uso de talheres e recipientes necessários e de seu contexto.	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.: - Qual talher para comer ou recipiente para o líquido ainda <b>não</b> faz uso? <b>R:</b>
<b>3. Consegue utilizar garfo e faca juntos? Realizando o movimento de cortar e também juntar o alimento no garfo com auxílio da faca?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>4. Consegue escolher a comida e se servir?</b>  Obs.: incluindo ver as comidas disponíveis, escolher o que <u>QUER</u> comer e colocar a comida no prato.	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:

**5. Apresenta dificuldades em aceitar alguma textura, sabor ou temperatura dos alimentos oferecidos?**

S

N

PA

NA

a) Qual ou quais apresenta maior preferência?

**6. Realiza o comer e beber líquidos de forma organizada e coordenada?**

S

N

PA

NA

Obs.:

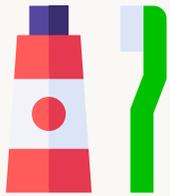
Obs.: marque "N" ou "PA" se a criança mostra-se "desajeitado para comer ou beber", derrubando comida e bebidas durante o seu desempenho.

**7. O desempenho da criança em se alimentar, varia de acordo com o ambiente, o horário, pessoas envolvidas, etc.? (Explique como ocorre).**

**8. Você identifica alguma barreira ou facilitador para o desempenho da criança nesta ocupação? Se sim, qual ou quais seriam?**

**9. A participação da criança na alimentação se apresenta com algum padrão de desempenho (sempre a faz da mesma forma, só come ou bebe de acordo com alguma cor, formato, marca, etc.)?**

**10. Você observa interesse da criança para participar desta ocupação?**



# HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS

<b>1. Consegue escovar os dentes?</b>  Obs.: incluindo escovar parte superior, inferior, frente, língua, e, as etapas de enxaguar a boca e secar.	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>2. Consegue manusear o creme dental?</b>  Obs.: incluindo pegar o creme dental no local, abrir a tampa e colocar a quantidade adequada na escova.	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>3. Consegue cuspir o creme dental e a água durante execução da atividade?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>4. Apresenta incômodos no contato com o creme dental ou da escova na cavidade oral?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>5. Realiza a escovação com movimentos coordenados e variados durante o manuseio da escova?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:

<b>6. Consegue aplicar o desodorante?</b>  Obs.: considerar o tipo de produto que a família faz uso.	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>7. Consegue pentear os cabelos?</b>  Obs.: incluindo pegar o pente/escova e pentear partes da frente, traz, lados e guardar.	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>8. Apresenta alguma resistência para pentear ou incômodo durante a execução desta ocupação?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>9. Aceita cortar os cabelos, sem apresentar incômodo?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>10. Aceita cortar as unhas das mãos e dos pés?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:
<b>11. Aceita que limpe seus ouvidos, sem apresentar resistência ou incômodo?</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>PA</b>	<b>NA</b>	Obs.:

**12. Consegue lavar as mãos?**

**S**

**N**

**PA**

**NA**

Obs.:

Obs.: incluindo as etapas de lavagem e secagem das mãos.

**13. Realiza de forma sequenciada as atividades anteriores e não pula nenhuma das etapas?**

**S**

**N**

**PA**

**NA**

Obs.:

**14. O desempenho da criança nas ocupações anteriormente citadas na seção de "Higiene e Cuidados Pessoais", varia de acordo com o ambiente, o horário, pessoas envolvidas, etc.? (Explique como ocorrem).**

**15. Você identifica alguma barreira ou facilitador para o desempenho da criança nestas ocupações? Se sim, qual ou quais seriam e em qual ocupação?**

**16. A participação da criança nas ocupações de "Higiene e Cuidados Pessoais" se apresenta com algum padrão de desempenho (sempre a faz da mesma forma, seguindo algum ritual específico, etc.)?**

**17. Você observa interesse da criança para participar destas ocupações? (escovar os dentes, pentear o cabelo, aplicar desodorante e lavar as mãos).**

# PLANEJANDO INTERVENÇÕES BASEADAS NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

- De acordo com o levantamento de informações sobre o perfil ocupacional e realização das ocupações:

1. Priorize as expectativas dos responsáveis;
2. Selecione ocupações significativas e compatíveis para idade e gênero da criança, a partir do preenchimento em "Não realiza/ não consegue (N)" e/ou "Precisa de Ajuda (PA)".
3. Crie metas e objetivos mensuráveis baseados nas ocupações escolhidas, com prazos definidos, para que possa ser revisado.
4. Em caso de necessidade, complemente o perfil ocupacional da criança utilizando outros instrumentos de avaliação de funções e estruturas do corpo, competências motoras, de processo e de interação social.
5. Sugira necessidade de encaminhamento a outros profissionais para apoiar o sucesso no tratamento e prognóstico da criança.

Cidade, dia, mês e ano.

---

Terapeuta Ocupacional (CREFITO)

**AUTORA PRINCIPAL:**

## **TAÍSE MORGANE DE LIMA MEDEIROS**

Terapeuta Ocupacional (UFPE). Mestranda em Educação para o Ensino na área de Saúde na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Especialista em Análise do Comportamento Aplicada (ABA). Atua de forma autônoma com crianças e adolescentes com Transtornos do Neurodesenvolvimento e supervisora técnica de equipes multidisciplinares.

**CONTATO:**

 (87) 9 9700-5610

 [taise.medeiros.to@hotmail.com](mailto:taise.medeiros.to@hotmail.com)

**COAUTORA:**

## **SUÉLEM BARROS DE LORENA**

Fisioterapeuta. Pós-doutora em Saúde Integral e Doutora em Saúde Pública. Tutora do laboratório de recursos digitais e do curso de Fisioterapia da FPS. Docente permanente/pesquisadora do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na área da saúde – FPS.

**COAUTORA:**

## **JULIANA FONSÊCA DE QUEIROZ MARCELINO**

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Design, Mestre em Psicologia Clínica e Especialista em Ergonomia. Professora Associada da UFPE, vinculada ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde- PRMIS do HC/EBSERH/UFPE (lato sensu) e ao Programa de Pós-graduação em Ergonomia- PPERGO UFPE (stricto sensu).