

Terapia de integração sensorial e comportamento de seletividade alimentar no transtorno do espectro autista: estudo de caso

Sensory integration therapy and selective eating behavior in autism spectrum disorder: a case study

Terapia de integración sensorial y comportamiento alimentario selectivo en el trastorno del espectro autista: un estudio de caso

Recebido: 07/02/2022 | Revisado: 08/10/2022 | Aceitado: 09/11/2022 | Publicado: 16/11/2022

Carla de Sousa Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8241-6082>

Universidade do Estado do Pará

E-mail: carlasousa.cs44@gmail.com

Raira Rodrigues da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7928-9369>

Universidade do Estado do Pará

E-mail: raira.costa@aluno.uepa.br

Thayná Maura da Costa Damasceno

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0172-4994>

Universidade do Estado do Pará

E-mail: thayna.mdcdamasceno@aluno.uepa.br

Elson Ferreira Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4115-9029>

Universidade do Estado do Pará

E-mail: elsonfcosta@gmail.com

Resumo

O transtorno do espectro autista é uma disfunção global do desenvolvimento e caracteriza-se por uma tríade de prejuízos persistentes que se manifestam em déficits na interação social, na comunicação e no comportamento, visto que as pessoas diagnosticadas apresentam um comportamento repetitivo e restritivo. Dentre os comportamentos atípicos apresentados destaca-se a seletividade alimentar. Tal comportamento geralmente está associado à disfunção de base sensorial, principalmente em crianças. O presente estudo tem como objetivo descrever e analisar os resultados da terapia de integração sensorial e comportamento seletivo alimentar do transtorno do espectro autista. Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, com análise documental e com abordagem qualitativa dos dados. Os participantes foram duas crianças com transtorno do espectro autista que apresentam seletividade alimentar e realizaram tratamento de integração sensorial. Foram analisadas, em média, 40 a 50 sessões terapêuticas e notou-se como principais resultados a melhora na modulação sensorial e a redução da seletividade alimentar. Ressalta-se a importância do terapeuta ocupacional no processo de tratamento de crianças com transtorno do espectro autista e a necessidade de investimento deste profissional em aperfeiçoar-se em terapias específicas como a terapia de integração sensorial.

Palavras-chave: Terapia ocupacional; Transtorno do espectro autista; Alimentação.

Abstract

Autism spectrum disorder is a global developmental disorder and is characterized by a triad of persistent impairments that manifest themselves in deficits in social interaction, communication and behavior, as diagnosed people present repetitive and restrictive behavior. Among the atypical behaviors presented, food selectivity stands out. Such behavior is usually associated with sensory-based dysfunction, especially in children. The present study aims to describe and analyze the results of sensory integration therapy and selective eating behavior of autism spectrum disorder. This is case study research, with document analysis and a qualitative approach to the data. The participants were two children with autism spectrum disorder who present food selectivity and underwent sensory integration treatment. An average of 40 to 50 therapeutic sessions were analyzed and there was a decrease in the food selectivity of both children, after the beginning of the sensorial integration interventions, being worked first, the sensorial modulation and, then, the

food selectivity, according to their sensory profile. During this period, the break in routine was also observed to influence the therapeutic process. In addition, the importance of teamwork to advance cases is highlighted.

Keywords: Occupational therapist; Autism spectrum disorder; Alimentation.

Resumen

El trastorno del espectro autista es un trastorno global del desarrollo y se caracteriza por una tríada de deficiencias persistentes que se manifiestan en deficiencias en la interacción social, la comunicación y el comportamiento, ya que las personas diagnosticadas presentan un comportamiento repetitivo y restrictivo. Entre los comportamientos atípicos presentados destaca la selectividad alimentaria. Tal comportamiento generalmente se asocia con una disfunción sensorial, especialmente en los niños. El presente estudio tiene como objetivo describir y analizar los resultados de la terapia de integración sensorial y la conducta alimentaria selectiva del trastorno del espectro autista. Se trata de una investigación de estudio de caso, con análisis documental y abordaje cualitativo de los datos. Los participantes fueron dos niños con trastorno del espectro autista que presentan selectividad alimentaria y se sometieron a un tratamiento de integración sensorial. Se analizaron un promedio de 40 a 50 sesiones terapéuticas y se observó una disminución en la selectividad alimentaria de ambos niños, luego del inicio de las intervenciones de integración sensorial, trabajándose primero la modulación sensorial y, luego, la selectividad alimentaria, según su perfil sensorial. Durante este período, también se observó que la ruptura de la rutina influía en el proceso terapéutico. Además, se destaca la importancia del trabajo en equipo para avanzar en los casos.

Palabras clave: Terapia ocupacional; Trastorno del espectro autista; Alimentación.

1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma disfunção global do desenvolvimento e caracteriza-se por uma tríade de prejuízos persistentes que se manifestam em déficits na interação social, na comunicação e no comportamento. As pessoas diagnosticadas apresentam um comportamento repetitivo e restritivo (DSM-V, 2014). Ademais, além dos traços que caracterizam o espectro, as pessoas que possuem esse diagnóstico podem ter outras comorbidades associadas como: transtornos de ansiedade, epilepsia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o transtorno desafiador de oposição (TOD). Sendo assim, essas associações em alguns casos, podem prejudicar a qualidade de vida da pessoa com TEA, já que essas condições o afetam tanto física, quanto mentalmente (Galeti, 2020).

Dentre as características, o déficit na socialização é normalmente observado precocemente, enquanto outros desses sinais como atraso no desenvolvimento da linguagem, padrões atípicos no brincar, padrões incomuns de comunicação e comportamentos repetitivos, geralmente se apresentam até os 3 anos de idade (DSM-V, 2014; Felipe et al., 2021). Sendo assim, pode-se afirmar que, quanto mais precocemente essas manifestações clínicas são detectadas e são iniciadas as sessões terapêuticas, maiores são as chances de bom prognóstico, em longo prazo. Tendo em vista que, principalmente até os 3 anos, a neuroplasticidade atua de forma mais intensa, contribuindo na aquisição ou aprimoramento de habilidades (Felipe et al., 2021; Souza & Souza, 2021).

Acredita-se que o TEA é desencadeado por multifatores, dentre eles: fatores hereditários, neurobiológicos e sociais da criança. Em decorrência da sua heterogeneidade, apresentar diferentes sintomas em cada um, ele é caracterizado como um distúrbio de desenvolvimento, não como uma patologia específica e por isso está incluso em um espectro (DSM-V, 2014; Felipe et al., 2021; Souza & Souza, 2021). O TEA é diagnosticado de maneira clínica, tendo como bases o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), além da classificação CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). Ele é classificado em nível 1 (exigindo apoio), o qual apresenta sintomas leves; nível 2 (exigindo apoio substancial), sintomas moderados; e, por fim, nível 3 (exigindo apoio muito substancial), sintomas mais severos do espectro (DSM-V, 2014; Felipe et al., 2021; Souza & Souza, 2021).

Dentre os comportamentos atípicos apresentados pela pessoa com TEA, é muito presente a seletividade alimentar, principalmente em crianças. Rocha *et al.* (2019) afirmam que a seletividade alimentar é caracterizada pela tríade: pouco

apetite, recusa alimentar e desinteresse pelo alimento. Cerca de 40% a 80% das crianças com diagnóstico de TEA apresentam seletividade alimentar. Esse comportamento está muito presente em decorrência das desordens sensoriais características do transtorno, tornando assim, mais difícil a introdução de novos alimentos em decorrência da textura, cor e cheiro (Carvalho et al., 2012; Lima, 2018; Suarez, 2012).

De acordo com Lázaro *et al.* (2018) e Bacaro e Mori (2020) crianças neurotípicas geralmente apresentam neofobia alimentar, que seria a dificuldade na aceitação de novos alimentos, geralmente entre os 18 aos 24 meses de vida. Entretanto, este comportamento é bem mais característico e intenso em crianças com TEA, haja vista que, os mesmos costumam priorizar os alimentos que já conhecem, tanto pelo paladar, cor e consistência.

Para minimizar o quadro de seletividade alimentar, um dos profissionais que deve compor a equipe multiprofissional é o terapeuta ocupacional, tendo em vista que ele é capacitado para favorecer o desempenho ocupacional nas atividades de vida diária do indivíduo, sendo uma delas a alimentação. Dentre as abordagens de intervenção que podem ser utilizadas pelo terapeuta ocupacional, destaca-se a terapia de integração sensorial, sendo esta uma técnica exclusiva deste profissional (AOTA, 2015; COFFITO, 2017; Serrano, 2016).

A integração sensorial é o processo neurológico responsável por receber, interpretar, organizar e responder de maneira adequada os estímulos sensoriais externos do ambiente. Quando não há esta resposta adequada, a terapia de integração sensorial é usada para facilitar essa resposta adequada. Isto é, atua na modulação sensorial, a qual favorece estímulos necessários para a criação de uma rede de aprendizagem sensorial. O resultado esperado é que o indivíduo passe a desenvolver respostas adequadas a cada estímulo do ambiente (Chistol et al., 2018; Correia, 2015; Molleri et al., 2010; Serrano, 2016).

De acordo com Serrano (2016), a terapia de integração sensorial favorece os cinco sentidos/sistemas mais conhecidos que são: visão, audição, olfato, paladar e tato. Porém, ela também estimula o sistema vestibular e o sistema proprioceptivo. O foco da terapia de integração sensorial é o processamento sensorial, pois é a partir dele que as crianças começam a receber as informações do ambiente. Principalmente, pelos sistemas tátil, vestibular e proprioceptivo que são denominados como os sentidos proximais para alicerçar o neurodesenvolvimento. E, posteriormente, os demais sentidos são aprimorados para agregar no desenvolvimento neuropsicomotor (Kilroy et al., 2019; Lane et al., 2019; Molleri et al., 2010).

Diante disso, estudos apontam que as pessoas com seletividade alimentar possuem intolerância quanto à variação de alimentos. Nesse repertório alimentar restrito, as crianças podem apresentar comportamentos de preferência por determinados alimentos. Por exemplo, se alimentar apenas de alimentos crocantes, macios, monocromáticos, entre outros (Almeida, 2017; Serrano, 2016). Em consequência disso, podem repercutir déficits de nutrientes e dificuldade na absorção dos alimentos que são ingeridos. Portanto, o baixo repertório alimentar contribui para o agravamento do TEA e pode ter como consequência o aumento de peso, desnutrição, alteração comportamental e cognitiva (Rocha et al., 2019).

Quando esse processo sensorial não ocorre da maneira correta, surgem as desordens sensoriais que possuem grande impacto nas ocupações do indivíduo, portanto, o terapeuta ocupacional é o responsável por ser um dos profissionais atuantes no contexto clínico, haja vista que ele está amparado pela resolução de Nº 483 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a qual reconhece a abordagem de terapia de integração sensorial como recurso terapêutico exclusivo da terapia ocupacional (COFFITO, 2017).

Dessa maneira, diante das competências e habilidades do terapeuta ocupacional, o profissional pode fazer uso da Terapia de Integração Sensorial para maximizar o repertório alimentar da criança com TEA. Com isso, esta pesquisa pretendeu descrever e analisar os resultados da terapia de integração sensorial e comportamento seletivo alimentar do transtorno do espectro autista, por meio do método de estudo de caso.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, com análise documental e com abordagem qualitativa dos dados, desenvolvido a partir da análise dos documentos de duas crianças que realizaram intervenções em uma clínica privada em Belém do Pará.

Os participantes deste estudo foram duas crianças, cujos critérios de inclusão foram ter idade entre 3 e 6 anos, diagnóstico de TEA, com comportamento de seletividade alimentar, realizar atendimentos de terapia de integração sensorial de Ayres e serem autorizadas pelos pais a participar da pesquisa.

Os dados obtidos para a pesquisa foram advindos dos registros de atendimentos das crianças participantes, como relatórios de avaliações e reavaliações que ocorreram durante o tratamento e registros dos atendimentos de cada sessão terapêutica, no período de 3 (três) meses, novembro de 2020 até fevereiro de 2021.

Para obter acesso a essas informações, foi solicitado aos responsáveis pelas crianças que assinassem o termo de consentimento esclarecido (TCLE), assim como autorização da gestão clínica. Após isso, foi feita a seleção dos materiais a serem utilizados na coleta de dados.

A análise dos dados foi orientada pelo método de Análise de Conteúdo (AC) de Laurence Bardin (2011). Tal análise é subdividida em três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados: a interferência e a interpretação.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Campus II, pelo CAAE: 45808621.3.0000.5174. E teve como base ética a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual prevê evitar danos aos participantes da pesquisa, como o risco de perda do sigilo da identidade, ou seja, o nome da criança pode vir a ser conhecido. Deste modo, não foi realizado nenhum procedimento que levou qualquer desconforto ou risco a vida da criança, porém, tinha o risco de perda do sigilo de identidade, por isso, foram utilizados pseudônimos.

3. Resultados e Discussão

Para apresentar os dados foram utilizados nomes fictícios as crianças participantes. O primeiro caso foi de João, 5 anos, sexo masculino, de acordo com os registros identificados, o menino nasceu prematuro, fruto de uma fertilização *in vitro* e gravidez gemelar. Apesar da prematuridade, não houve complicações pré ou pós-natais e mesmo teve o neurodesenvolvimento dentro do esperado até o sétimo mês de vida. Entretanto, a partir de então, os pais notaram comportamentos atípicos na criança como: assustar-se com frequência, atraso de linguagem, baixo interesse em brincar e interação social, buscas sensoriais atípicas (vestibulares e proprioceptivas), além da dificuldade orofaciais, resultando na dificuldade para mastigação, e recusava-se a experimentar novos alimentos, aceitando apenas de leite na mamadeira.

O segundo caso foi de Maria, 7 anos, sexo feminino. De acordo com os registros em seus prontuários, a menina apresentou crises sensoriais ainda nos primeiros anos de vida, não conseguindo usar roupas com diferentes tipos de tecido. Foram identificados relatos da genitora, de que a criança passava o dia todo de calcinha em casa, não aceitava pentear e nem amarrar os cabelos. Apresentava muita irritabilidade e comportamentos autoagressivos, como se jogar no chão e bater cabeça na parede. A seletividade alimentar da criança era uma queixa familiar, entretanto, ficava em segundo plano, em decorrência das dificuldades quanto ao vestuário.

As sessões terapêuticas ocupacionais com ênfase em integração sensorial ocorriam 2 ou 3 vezes por semana, tinham a duração de uma hora. A partir dos registros identificou-se que os atendimentos seguiam um padrão. Inicialmente eram realizadas atividades de regulação sensorial, como circuitos psicomotores ou a utilização de balanços, *lycras* e outros recursos. O objetivo principal era ofertar os estímulos inibitórios, atuando diretamente nos sistemas vestibular, proprioceptivo e tato. A fim de oferecer a organização sensorial para criança, aumento do registro sensorial e oferta de modulação sensorial, para que a

criança consiga ter respostas adaptativas aos estímulos do ambiente. Em seguida, eram realizadas atividades com a postura sentada, a fim de favorecer a motricidade fina, com recursos diversos, especialmente brinquedos.

Diante disso, notou-se que a organização da sessão terapêutica foi semelhante à encontrada no estudo de Reinoso et al. (2018), o qual afirma que um dos principais métodos utilizados para intervir na seletividade alimentar é a integração sensorial, pois oportuniza experiências sensoriais que incluem estimulação tátil, proprioceptiva, e vestibular, com a utilização de recursos lúdicos para a motricidade global, fina e oral. O autor ressalta que quando uma criança é considerada esquiva tátil ao resistir à introdução de alimentos, o terapeuta ocupacional pode inicialmente focar na modulação. Para isso, opta-se por atividades que ofereçam experiências proprioceptivas, e depois apresenta-se à criança os alimentos propriamente ditos, com diferentes texturas, conforme observado nos registros das crianças participantes deste estudo.

De acordo com os relatórios de avaliação inicial das crianças, João alimentava-se apenas de leite na mamadeira e iogurte. Enquanto Maria tinha uma alimentação mais vasta, porém com seletividade, pois alimentava-se somente de macarrão do tipo espaguete e com molho, tanto no almoço, quanto no jantar. Neste molho, a sua família conseguia introduzir a carne, legumes e verduras. Já, no café da manhã e lanche, a menina comia pão com suco de frutas. Deste modo, as características alimentares das crianças deste estudo eram semelhantes às encontradas na literatura científica (Chistol et al., 2017; Reinoso et al., 2018; Sharma et al., 2020), as quais apontam o baixo índice de variação de alimentos nas crianças com TEA. Isto se torna preocupante para os pais e profissionais de saúde, pois ter uma dieta restrita coloca em risco à absorção de diversos nutrientes, consequentemente, pode provocar desnutrição, interferir no neurodesenvolvimento, aumentar as chances de hospitalização, estresse familiar, ou até mesmo procedimentos invasivos, como exemplo, uso de sondas ou tubos gastrônômicos (Chistol et al., 2017; Reinoso et al., 2018; Sharma et al., 2020).

No que tange ao processo terapêutico, identificou-se nos registros que o objetivo inicial da equipe foi utilizar os recursos da integração sensorial, a fim de proporcionar uma adaptação ao ambiente, reduzir a irritabilidade e propiciar a modulação aos estímulos vestibulares e proprioceptivos. Após as 6 sessões iniciais (duas vezes por semana), o objetivo terapêutico específico à seletividade alimentar definido foi a modulação e aprendizagem sensorial, por meio da inserção de novos alimentos na dieta das crianças. Destaca-se que no contexto da terapia de integração sensorial, o ambiente deve ser projetado para envolver a criança em diversos estímulos, a fim de maximizar o vínculo terapêutico e mostrando-se confiável para aquela criança (Reinoso et al., 2018).

Os primeiros alimentos a serem introduzidos para João foram frutas, especialmente banana, maçã e abacate. Observou-se que mesmo em pedaços pequenos, a criança não aceitava comer. Então, a estratégia terapêutica utilizada foi misturá-las com iogurte de morango, sendo uma textura mais líquida, similar ao leite tolerável por ele. A partir dessa aceitação, foi estabelecida no plano terapêutico a meta de oferecer a maior quantidade de frutas e alimentos com texturas similares, visto que foi obtida uma resposta sensorial adaptativa satisfatória.

No caso de Maria, as primeiras tentativas de introdução alimentar foram pedaços de morango e uva, haja vista que a criança demonstrava maior interesse pelos sucos destas frutas. Porém, a mesma apresentava maior seletividade alimentar. Deste modo, verificou-se nos registros que a estratégia terapêutica inicial foi a integração dos sentidos, como aproximação visual e tátil destas frutas. Desta forma, a criança poderia olhar, tocar e sentir, até aceitasse conduzir os alimentos na cavidade oral e comê-los. Esta etapa durou quatro sessões. A partir de então, foram introduzidos sucos e pedaços de frutas com texturas similares, como kiwi, melancia e mamão, além de outros estímulos gustativos, como os cítricos.

Diante disso, observa-se que a premissa de que seletividade alimentar está relacionada com a disfunção de base sensorial (Lima, 2018). No caso das crianças participantes deste estudo, os alimentos eram selecionados pela textura, cheiro e/ou cor, de acordo com seu perfil sensorial, sendo ele de hiper ou hipo sensível. Assim, o processo terapêutico foi de suma importância, uma vez que para ser traçado o perfil sensorial da criança, foram analisados os comportamentos diante de

determinados estímulos externos, ou seja, as respostas sensoriais. E, com isso, guiá-la para sua autorregulação, para posteriormente intervir especificamente na seletividade alimentar (Reinoso et al., 2018).

No início de 2021, após cerca de 24 atendimentos, os registrou apontam que Maria começou a fazer sessões específicas de treino de almoço, duas vezes por semana, no horário de 11h até 12h. Inicialmente foram inseridos alimentos com texturas similares a do macarrão e do molho já aceito por ela. Paralelo a isso, os relatos indicavam que no ambiente familiar, a cuidadora já havia inserido no cardápio da criança a carne moída, com boa aceitação pela mesma. Portanto, a transição a ser trabalhada, em consultório, foi a do macarrão. O primeiro objetivo terapêutico observado foi mudar o tipo de macarrão, do espaguete para o parafuso, e acrescentando carne moída ao molho, com boa adesão. Deste modo, nas sessões posteriores, os objetivos foram aumentar a variedade de tipos de macarrão como “penne”, “ave-maria” e “cabelo de anjo”, com diminuição do molho, mas com aumento da quantidade de alimentos sólidos, especialmente a carne moída.

Já no caso de João, verificou-se no prontuário que outro objetivo traçado foi aumentar o tamanho dos pedaços das frutas, ampliar o repertório alimentar e retirar o iogurte, substituindo por salada de frutas no lanche. Este objetivo foi alcançado após 16 sessões (duas por semana). Ressalta-se que as mudanças foram realizadas gradativamente, a cada sessão. Além disso, tais acréscimos ou modificações alimentares também foram realizadas no ambiente familiar.

Outro ponto verificado foi que as crianças possuíam dificuldade na motricidade oral, se tornando difícil a mastigação e deglutição. Visto que, Maria tinha o hábito de amolecer o alimento com a língua e saliva por bastante tempo, e só depois engolia. Ao mesmo tempo em que João, em decorrência da apraxia global, não conseguia coordenar os movimentos da mastigação e deglutição, tornando difícil o aumento considerável dos pedaços de alimentos. Com isso, destaca-se, a intervenção multiprofissional com a fonoaudiologia, e a utilização do recurso terapêutico Z-Vibe®, antes das refeições.

O Z-Vibe® (*Ark Therapeutic*) é um massageador terapêutico vibratório exclusivo para região intra-oral, cujo objetivo é estimular a mesma (Bolzan, 2015). Os resultados mostraram que tal instrumento, além de possibilitar o aumento do tônus orofacial das crianças, também contribuiu para a diminuição do bruxismo que João apresentava. Já Maria, a partir da utilização deste recurso, passou a tolerar alimentos com temperaturas mais baixas, como picolés. Devido melhora na percepção oral e da sensação fria ou gelada, contribuindo para que a criança passasse menos tempo com a língua fora da boca.

Nesta direção, ressalta-se que no contexto da terapia de integração sensorial foram ofertadas experiências sensoriais, por meio da utilização de equipamentos suspensos, rampas, escaladas e redes, com objetivo terapêutico de oferecer a sensação que as crianças necessitam e, por fim, contribuir com a sua modulação. Preparando assim, os sistemas e contribuindo para, no momento da alimentação, ao entrar em contato com diversas texturas, a criança consiga ter boas respostas adaptativas. Com isso, a etapa seguinte do processo terapêutico, foi a variação dos cardápios.

No caso de Maria, foi proposto o aumento dos macronutrientes, especialmente as proteínas, a princípio a carne, frango e peixe em tamanhos pequenos, tipo em cubo. Além da tentativa de inserção do feijão, primeiramente, apenas o caldo, e depois as sementes do feijão, e posteriormente legumes. No geral, a criança teve boa aceitação dos alimentos, com exceção dos legumes, em tipo salada, por isso, foi a textura foi modificada para purê. Após duas sessões a criança teve aceitação de purês de batata e abóbora. Destaca-se que no ambiente familiar, foram inseridos nas demais refeições pão de queijo, biscoito, pipoca, pão na chapa, entre outros alimentos similares sólidos. Todos os alimentos oferecidos estavam de acordo com orientação médica e nutricional, visto que, as crianças também possuíam alergia alimentar (glúten) e intolerância a lactose.

Gazola e Caveião (2015) ressaltam a hipótese de que a ingestão de glúten e lactose podem afetar o comportamento da criança com TEA, devido aos enterócitos. Estes são células que revestem o epitélio intestinal e são responsáveis pela fragmentação do alimento, objetivando distribuir os nutrientes ao organismo. Entretanto, o que mantém a produtividade dessas células é a qualidade da microbiota intestinal ou flora intestinal. Deste modo, quando não há qualidade, as crianças com TEA podem não ter boa renovação dos enterócitos, em decorrência da disbiose intestinal, que é o desequilíbrio entre as bactérias

protetoras e agressoras do intestino. Em consequência disso, podem se manifestar comportamentos atípicos, como a desmodulação sensorial.

Outro quesito que foi analisado neste estudo foi sobre as mudanças de rotina das crianças. Ou seja, quando elas precisavam se ausentar das terapias em decorrência de doença, recesso de férias ou feriados prolongados. Observou-se nos registros que quando as crianças retornavam, eram comuns regressões no quadro clínico, por exemplo, João recusava o tamanho das frutas, sendo necessários diminuir ou misturar novamente com iogurte. No caso de Maria, era necessário retornar a objetivos e estratégias anteriores como a etapa de explorar a fruta antes de comer. Quanto à refeição propriamente dita, era necessário deixá-la mais molhada com o molho ou caldo de feijão. Entretanto, após uma ou duas semanas de terapia contínua, voltavam a apresentar evolução clínica.

É um consenso de que a pessoa com TEA, em sua maioria, apresenta dificuldades quanto a mudança de rotina, pois há maior adaptabilidade com uma rotina planejada. É suposto que essa estruturação possa minimizar frustrações e evitar com que eles sejam expostos a estímulos adversos, cuja resposta inadequada possa afetar o desempenho ocupacional. Portanto, manter a continuidade do tratamento e as orientações profissionais em casos de mudanças de rotina, são necessárias para a autorregulação das crianças (Schaaf et al., 2018).

Diante dos resultados deste estudo, nota-se que a abordagem de integração sensorial mostrou eficácia enquanto terapia para amenizar o quadro de seletividade alimentar. Estes resultados assemelham-se aos achados descritos por Seiverling et al. (2018), os quais fizeram uso desta abordagem para ampliar o repertório alimentar de crianças com TEA nível 3. Portanto, destaca-se a importância da atuação do terapeuta ocupacional, com ênfase em integração sensorial, para minimizar a disfunção de base sensorial com seletividade alimentar.

4. Considerações Finais

O presente estudo teve o objetivo de descrever e analisar os resultados da terapia de integração sensorial e comportamento seletivo alimentar de crianças com transtorno do espectro autista. Em síntese, considera-se que houve evolução no processo terapêutico e progresso clínico, que resultou na diminuição do comportamento de seletividade alimentar, a partir das intervenções de terapia de integração sensorial.

Inicialmente, as crianças mostraram preferência por alimentos com textura macia e/ou molhados, e posteriormente passaram a aceitar e aumentar a variabilidade dos tipos e texturas dos mesmos. Entretanto, com o mesmo padrão de similaridade na consistência dos alimentos. Sendo assim, destaca-se a importância da atuação do terapeuta ocupacional ao utilizar-se da terapia de integração sensorial. Assim como, foi fundamental a parceria entre família e equipe multiprofissional para detectar as dificuldades e habilidades das crianças, visando a potencialização das mesmas.

Apesar da relevância de pesquisas com delineamento de estudo de caso, aponta-se como limitação deste estudo o tamanho da amostra e a análise apenas de relatos e registros identificados em prontuários. Portanto, julga-se necessário para pesquisas futuras a possibilidade de multimétodos e com maior tamanho amostral, especialmente pela quantidade de crianças que já realizam intervenções de terapia de integração sensorial. Mesmo assim, reitera-se a relevância de nossos resultados para a complementaridade de estudos que têm analisado a eficácia de intervenções da terapia de integração sensorial em pessoas com TEA, especialmente com o aumento da incidência deste transtorno, da quantidade de pessoas que já realizam este tipo de tratamento, e das que pretendem realizá-lo. Além da pertinência de que outros terapeutas ocupacionais possam investir em especializações e/ou capacitações nessa abordagem, que é específica deste profissional.

Referências

- Almeida, L. A. (2017). *A influência da alimentação em crianças autistas* (Monografia de Conclusão de Curso). União Metropolitana de Educação e Cultura Lauro Freitas, Lauro de Freitas. Recuperado em 19 de janeiro de 2022, de <http://docplayer.com.br/88104657-Larissa-aragao-de-almeida-a-influencia-da-alimentacao-em-criancas-autistas-lauro-de-freitas.html>.
- American Occupational Therapy Association. (2015). *A estrutura da prática da Terapia Ocupacional: Domínio & processo*. 26, 1–49.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM V*. Porto Alegre: Artmed.
- Bacaro, P. E. F., & Mori, N. N. R. (2020). Transtorno de processamento sensorial e os prejuízos no processo de aprendizagem de alunos com transtornos do espectro autista: Um recado para os professores. *Research, Society and Development*, 9(11), e62691110314. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10314>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Almedina.
- Bolzan, G. P. (2015). *Habilidades de alimentação oral de recém-nascidos pré-termo: avaliação e estimulação* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
- Carvalho, J. A., Santos, C. S. S., Carvalho, M. P., & Souza, L. S. (2012). Nutrição e autismo: considerações sobre a alimentação do autista. *Revista Científica Do ITIPAC*, 5(1), 1–7. Recuperado em 19 de janeiro de 2022, de <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/51/1.pdf>
- Chistol, L. T., Bandini, L. G., Must, A., Phillips, S., Cermak, S. A., & Curtin, C. (2018). Sensory Sensitivity and Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2), 583–591. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3340-9>
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (2017). *Resolução nº 483 de 12 de junho de 2017*. Reconhece a utilização da abordagem de Integração Sensorial como recurso terapêutico da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, p.79. Recuperado em 19 de janeiro de 2022, de <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/152029243/dou-secao-1-03-07-2017-pg-79>.
- Correia, C. O. A. (2015). *Seletividade alimentar e sensibilidade sensorial em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9743/1/Seletividade%20Alimentar%20e%20Sensibilidade%20Sensorial%20em%20Crian%C3%A7as%20com%20Perturba%C3%A7%C3%A3o%20do%20Espectro%20do%20Autismo.pdf>.
- Felipe, J. S., Carvalho, A. C. C., Lamounier, C. N., Hanna, G. M., Daia, I. C. G., Oliveira, L. M. de, & Moura, L. R. (2021). Relação entre o espectro autista e os transtornos alimentares. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 1310–1324. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-113>
- Galeti, F. (2020). *Comorbidades do autismo: epilepsia, hiperatividade e outras*. <https://superafarma.com.br/comorbidades-do-autismo-epilepsia-hiperatividade-e-outras/#:~:text=Entre%20os%20problemas%20mais%20comuns,desafio%20extra%20para%20a%20fam%C3%ADlia>
- Gazola, F., & Caveião, C. (2015). Ingestão de lactose caseína e glúten e o comportamento do portador de autismo. *Revista de Saúde Quântica*, 4(4), 53–61.
- Kilroy, E., Aziz-Zadeh, L., & Cermak, S. (2019). Ayres Theories of Autism and Sensory Integration Revisited: What Contemporary Neuroscience Has to Say. *Brain Sciences*, 9(3), 68. <https://doi.org/10.3390/brainsci9030068>
- Lane, S. J., Mailloux, Z., Schoen, S., Bundy, A., May-Benson, T. A., Parham, L. D., Smith Roley, S., & Schaaf, R. C. (2019). Neural Foundations of Ayres Sensory Integration®. *Brain Sciences*, 9(7), 153. <https://doi.org/10.3390/brainsci9070153>
- Lázaro, C. P., Siquara, G. M., & Pondé, M. P. (2019). Escala de Avaliação do Comportamento Alimentar no Transtorno do Espectro Autista: estudo de validação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(4), 191–199. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000246>
- Lima, G. B. F. (2018). *A influência da nutrição em crianças com Transtorno do Espectro Autista* (Monografia de Conclusão de Curso). Universidade de Cuiabá, Cuiabá.
- Molleri, N., Mello, M. P., Orsini, M., Machado, D., Bittencourt, J. S., Silva, A. L. M., & Bastos, V. H. (2010). Aspectos relevantes da integração sensorial: organização cerebral, distúrbios e tratamento. *Neurociências*, 6(3), 173–179. https://www.researchgate.net/publication/279180852_Aspectos_relevantes_da_integracao_sensorial_organizacao_cerebral_disturbios_e_tratamento.
- Reinoso, G., Carsone, B., Weldon, S., Powers, J., & Bellare, N. (2018). Food Selectivity and Sensitivity in Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review Defining the Issue and Evaluating Interventions. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 65(1). Recuperado em 19 de janeiro de 2022, de <https://link.gale.com/apps/doc/A619090806/AONE?u=anon~f49aaad8&sid=googleScholar&xid=211e33>
- Rocha, G. S. S., Júnior, F. C. de M., Lima, N. D. P., Silva, M. V. da R. S. da, Machado, A. da S., Pereira, I. C., Lima, M. da S., Pessoa, N. M., Rocha, S. C. S., & Silva, H. A. C. da. (2019). Análise da seletividade alimentar de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24, e538. <https://doi.org/10.25248/reas.e538.2019>
- Schaaf, R. C., Dumont, R. L., Arbesman, M., & May-Benson, T. A. (2018). Efficacy of Occupational Therapy Using Ayres Sensory Integration®: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 7201190010p1-7201190010p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.028431>.
- Seiverling, L., Anderson, K., Rogan, C., Alaimo, C., Argott, P., & Panora, J. (2018). A Comparison of a Behavioral Feeding Intervention with and Without Pre-meal Sensory Integration Therapy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(10), 3344–3353. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3604-z>
- Serrano, P. (2016). *A integração sensorial no desenvolvimento e aprendizagem da criança*. Papa Letras.
- Sharma, R., Ghimire, S., & Dhungel, K. U. (2020). Autism and Food Selectivity. *Janaki Medical College Journal of Medical Science*, 8(1), 64–74. <https://doi.org/10.3126/jmcjms.v8i1.31560>
- Souza, R. F. A., & Souza, J. C. P. (2021). Os desafios vivenciados por famílias de crianças diagnosticadas com Transtorno de Espectro Autista. *Perspectivas em Diálogo*, 8(16), 164–182. <https://periodicos.ufms.br/index.php/persdia/article/view/10668>.
- Suarez, M. A. (2012). Sensory Processing in Children with Autism Spectrum Disorders and Impact on Functioning. *Pediatric Clinics of North America*, 59(1), 203–214. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.10.012>