

TERAPIA OCUPACIONAL COM INTEGRAÇÃO SENSORIAL PARA TRATAMENTO DE SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇA COM TEA: ESTUDO DE CASO

Ana Carolina Campos Coelho⁴²

Elza Rodrigues Campedelli⁴³

Gisele da Silva Santos⁴⁴

Kevin Gil de Sousa Prestes⁴⁵

Thamila Vitória Nascimento dos Santos⁴⁶

Maria de Fátima Goes da Costa⁴⁷

INTRODUÇÃO

A Integração Sensorial é definida como um processo neurológico que organiza os sentidos do corpo e do ambiente tornando possível o uso eficaz desse corpo no ambiente. Através dessa integração, o sistema nervoso central deve ser capaz de perceber, selecionar, organizar, discriminar, inibir, comparar e associar

⁴² Terapeuta Ocupacional. Graduada na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

⁴³ Terapeuta Ocupacional. Graduada na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

⁴⁴ Terapeuta Ocupacional. Graduada no Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA).

⁴⁵ Terapeuta Ocupacional. Graduado no Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA).

⁴⁶ Terapeuta Ocupacional. Graduada no Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA).

⁴⁷ Terapeuta Ocupacional do Centro Especializado em Reabilitação III, da Universidade do Estado do Pará. Doutoranda em Teoria e Pesquisa do Comportamento, na Universidade Federal do Pará. Mestrado em Gestão em Saúde (FSCMPA). Especialização em Desenvolvimento Infantil e Reabilitação Neurológica (UEPA). Professora Assistente do Curso de Certificação Brasileira em Integração Sensorial (INTEGRIS/UEPA).

informações sensoriais e responder de maneira adaptativa (AYRES, 1979).

Segundo Bundy e Lane (2020), os sistemas sensoriais são: visão, audição, tato, paladar, olfato, e também os sistemas vestibular e proprioceptivo que recebem as informações. Entretanto, quando as informações chegam de forma desorganizada, há dificuldade na percepção e organização das respostas cotidianas (SCHOEN *et al.*, 2019).

Ayres (1979) descreveu a Teoria da Integração Sensorial de Ayres explicando o processamento e as alterações no processamento sensorial, nomeando de Disfunção do Processamento Sensorial (DPS). Existem padrões nesta disfunção denominados como: hiporresponsividade sensorial, caracterizadas como pobre reação a estímulos relevantes do ambiente; e hiperresponsividade sensorial, que apresenta respostas aversivas ou de intolerância a estímulos como toque, movimentos, luzes, sons, entre outros.

A Disfunção do Processamento Sensorial está presente em cerca de 69% a 90% das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), através de alterações centradas na modulação, com características variando entre hiper ou hiporresponsividade e/ou problemas relacionados a práxis (CARDOSO; BLANCO, 2019).

Segundo a literatura, tais alterações criam barreiras de auto regulação, em que a criança manifestará resistência em habitar o próprio corpo, acarretando prejuízos na capacidade do indivíduo em participar de modo satisfatório das Atividades de Vida Diária (AVDs), dentre elas a alimentação (CARDOSO; BLANCO, 2019).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento, com amplo espectro de manifestações clínicas, caracterizado pela presença de distúrbios do comportamento, condições norteadas por déficits dirigidos à interação social, comportamentos estereotipados e prejuízos comunicativos (OLIVEIRA; SOUZA, 2022).

A complexidade de sensações alimentares são desafios do processamento sensorial que dificultam a alimentação de crianças com

TEA, afetando a discriminação quanto à quantidade adequada de alimentos, tolerância do aspecto, textura, solidez e temperatura (OLIVEIRA; SOUZA, 2022).

Segundo Rocha e colaboradores (2019), algumas crianças com seletividade alimentar adotam padrões característicos de alimentação, sendo os mais observados: seleção de alimentos pela cor, cheiro, textura; ausência de rotina durante a alimentação familiar e rejeição de novos alimentos e pouca variabilidade. Essas dificuldades alimentares podem ocasionar deficiências nutricionais, interferir na rotina diária e nas habilidades sociais.

A Terapia de Integração Sensorial pode ser utilizada como estratégia no tratamento da seletividade alimentar em crianças com TEA, objetivando facilitar a modulação dos sistemas sensoriais, permitindo à criança aumentar sua percepção tátil, sendo possível perceber os reflexos também nas suas experiências orais (OLIVEIRA; SOUZA, 2022).

Considerando esse contexto, este trabalho tem como objetivo apresentar um estudo de caso de uma criança diagnosticada com TEA, com características de seletividade alimentar, atendida por um terapeuta ocupacional, utilizando a abordagem da Integração Sensorial de Ayres.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, de criança com TEA e características de seletividade alimentar. Este estudo segue os preceitos das pesquisas que envolvem seres humanos, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), sob o parecer n. 5.481.016, do CEP do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade do Estado do Pará. Tendo sido aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua realização.

O caso apresentado neste trabalho foi atendido por terapeuta ocupacional em espaço privado de assistência, no estado de Minas Gerais, durante o período de abril a setembro de 2022.

Nos atendimentos de Terapia Ocupacional desse espaço foi realizada a avaliação inicial, composta por: anamnese; aplicação de questionários padronizados: Perfil Sensorial 2 (DUNN, 2017), que teve como objetivo avaliar os padrões de processamento sensorial da criança no contexto da vida cotidiana; O SPM-P (Medida de Processamento Sensorial Pré-Escolar), de dois a cinco anos, forma casa (PARHAM *et al.*, 2007), para avaliar problemas de processamento sensorial, práxis e participação social da criança em idade escolar. Também foram utilizados questionários não-estruturados, como: questionário alimentar e observações clínicas não-estruturadas (BLANCHE; REINOSO, 2008), que avalia um grupo de habilidades motoras e de comportamento relacionadas ao processamento sensorial, que auxiliam no diagnóstico de Disfunção de Integração Sensorial (DIS).

APRESENTAÇÃO DO CASO

J. M., sexo masculino, com idade de três anos e dez meses, foi encaminhado para o serviço de Terapia Ocupacional de uma clínica particular, vinculada a um plano de saúde, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, por neuropediatra, com diagnóstico de TEA e queixa da família de “inquietação motora e seletividade alimentar”.

ENTREVISTA INICIAL

J. M. ingressou no serviço privado para processo de avaliação com terapeuta ocupacional em abril de 2022. Inicialmente, foi realizada anamnese, entrevista com a mãe do menor, visando conhecer a família, o histórico de desenvolvimento da criança e acolher as queixas funcionais. Não foram identificados fatores de risco pré-natal, peri ou pós-natal para atraso no desenvolvimento. Entretanto, em

relação ao histórico de desenvolvimento, a criança iniciou a comunicação verbal após os três anos de idade.

Foi identificado que do zero aos seis meses a relação mão-boca de J. M. estava adequada em relação a alimentos e objetos. A introdução alimentar começou no sexto mês, com papinhas e iogurte. Com um ano de idade, a criança começou a restringir alimentos, e desde então a família acreditava que ela não ingeria uma quantidade suficiente de alimentos. Não possuía histórico de doenças do trato gastrointestinal.

Sobre as Atividades de Vida Diária (AVDs), a mãe informou que a criança era semi-independente para as atividades de higiene, vestuário e sono. Seria independente para alimentação, porém, possuía “seletividade alimentar”. Para o brincar, apresentava preferências por carros e lego, permanecia sentado por curtos períodos.

No início do processo de avaliação e intervenção, J. M. apresentava preferências alimentares em relação à apresentação e preparo do alimento, aparência e gosto (preferência para o doce). Sua alimentação era composta de arroz, quando estava em ambiente escolar, pastel de carne moída e carnes vermelhas, em geral. Durante a alimentação, a família fazia uso de distratores (televisão e celular) na tentativa de garantir a ingestão dos alimentos.

Além disso, estava matriculado em uma Unidade Municipal de Educação Infantil e não apresentava nenhuma queixa escolar.

TESTES APLICADOS

Foram aplicados questionários sensoriais (Perfil Sensorial 2, SPM-P (forma casa), questionário alimentar e observações clínicas não estruturadas) com os pais, visando identificar padrões de processamento sensorial e entender como esse padrão interferia no cotidiano de J. M.

PERFIL SENSORIAL 2

Os resultados do Perfil Sensorial 2 (Quadro 1) mostraram que J. M. se enquadrava “muito mais que os outros” no quadrante esquiva e exploração. Em sessões sensoriais pode-se identificar as respostas que a criança dá aos estímulos específicos. No resultado de J. M., observou-se que o processamento de tato, movimento, sensibilidade oral e socioemocional foi pontuado como “mais que os outros”; sistema visual pontuado como “menos que os outros” e comportamento pontuou como “muito mais que os outros”.

Quando relacionados, alterações do processamento sensorial podem justificar o baixo engajamento e esquiva de tarefas desafiadoras, o que é comumente interpretado como desatenção e desinteresse, comportamentos de fuga, indisciplina, rebeldia, entre outros.

J. M. possuía limiar neurológico de padrão flutuante para estímulos táteis e orais, recusava experiências sensoriais novas, buscando manter um padrão. Para estímulos ligados a movimento, a criança se mostrava ativa e participativa.

Quadro 1 - Pontuação do Perfil Sensorial 2

Padrão Sensorial	Pontuação	Classificação
Exploração	52/95	Mais que os outros
Esquiva	53/100	Mais que os outros
Sensibilidade	42/95	Exatamente como os outros
Observação	36/110	Exatamente como os outros
Sessões sensoriais e comportamento	Pontuação	Classificação
Auditivo	10/40	Exatamente como os outros

Padrão Sensorial	Pontuação	Classificação
Visual	6/20	Menos que os outros
Tato	23/55	Mais que os outros
Movimento	22/40	Mais que os outros
Posição do corpo	8/40	Exatamente como os outros
Oral	25/50	Mais que os outros
Conduta	33/45	Muito mais que os outros
Socioemocional	34/70	Mais que os outros
Atenção	21/50	Exatamente como os outros

Fonte: elaborado pelos autores.

SPM-P

A análise do SPM-P Casa (Quadro 2), que é destinado para o âmbito familiar, mostra que J. M. apresentava, de acordo com a percepção dos pais, um impacto de disfunção sensorial nos sistemas visual, tátil, proprioceptivo (consciência corporal) e vestibular (equilíbrio), apresentando uma classificação limítrofe entre provável disfunção e disfunção definitiva (entendendo-se conforme indicativo do instrumento, a disfunção definitiva como “não há dúvida”, e não como permanente).

Neste questionário, a seção de tato é composta majoritariamente por eventos que investigam uma hiperresponsividade sensorial. Padrão de resposta apresentado pela criança, de modo a gerar prejuízos nas tarefas diárias, sendo justificativa para a seletividade alimentar.

Quadro 2 - Resultado do SPM-CASA

SPM-P HOME	
Área avaliada	Classificação
Participação social	Provável disfunção
Visual	Provável disfunção
Audição	Desempenho típico
Tato	Provável disfunção
Consciência corporal	Provável disfunção
Equilíbrio e movimento	Provável disfunção
Planejamento e Ideação	Provável disfunção
Total	Provável disfunção

Fonte: elaborado pelos autores.

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS NÃO-ESTRUTURADAS - SESSÕES DE AVALIAÇÃO

As observações clínicas não-estruturadas foram realizadas durante cinco sessões de avaliação, em dias diferentes da anamnese.

J. M. se mostrou participativo e colaborativo durante as brincadeiras propostas. O mesmo possuía reação típica com mudança de posição do corpo, não demonstrava medo e nem resposta aversiva ao movimento, não evitava experiências sensoriais e buscava sempre experimentar novos equipamentos, mas, ainda assim, pedia ajuda e afirmava várias vezes que não iria conseguir.

Em relação aos estímulos táteis, demonstrava resposta aversiva a texturas pastosas e molhadas. Em relação aos estímulos olfativos e auditivos, não demonstrava resposta aversiva. Nos três encontros, J. M. manteve um nível de atividade motora e verbal apropriada às exigências no momento da avaliação.

Em relação aos sistemas proprioceptivo e vestibular, observou-se que J. M. possuía dificuldade para estender o corpo contra a gravidade, dificuldade para realizar ajustes posturais, e quando o fazia era ineficaz, com falhas no sequenciamento,

adequação de força muscular, integração bilateral, controle postural e lateralidade/dominância. Em relação à integração bilateral, J. M. alternava as mãos para realizar a mesma tarefa e confundia direita com esquerda, necessitando de suporte verbal e em alguns momentos também suporte físico. Em resumo, foram observadas falhas importantes no planejamento motor, controle postural e consciência corporal.

QUESTIONÁRIO ALIMENTAR

O questionário alimentar foi um instrumento utilizado pela fonoaudióloga que também atendia J. M., devido a quadro de baixas práxis orais. O questionário foi preenchido pela mãe da criança e buscou entender o comportamento da criança diante do processo de alimentação e realizar um inventário dos alimentos ingeridos, de acordo com grupos alimentares.

O questionário revelou que, embora J. M. tenha começado a restringir alimentos, com um ano de idade, de acordo com texturas e grupos alimentares, não houve mudança na quantidade ingerida. Durante as refeições, foi constatada dificuldade em permanecer sentado à mesa e manifestação de comportamento de birra; a família utilizava distratores como televisão e celular durante todos os momentos da alimentação. As preferências alimentares eram por doces, biscoito maisena e carne vermelha.

INTERVENÇÃO E DISCUSSÃO

Considerando os dados coletados na anamnese, os resultados e análises dos instrumentos aplicado, uso de raciocínio clínico, com relação de construtos teóricos da abordagem de Integração Sensorial de Ayres, observou-se que J. M. possuía quadro de defensividade tátil e falha de discriminação dos sistemas proprioceptivo e vestibular, apontando para o quadro de pobre controle postural ocular e possível quadro de dispraxia, impactando nas AVDs de alimentação devido a

não aceitação e experimentação dos alimentos, principalmente pela textura e consistência, bem como na manutenção de sua postura sentado à mesa para a realização de atividades. Além disso, atividades como vestir, tomar banho, escovar dentes e higiene, participação em ambiente escolar, brincar e quaisquer atividades que exigissem algum tempo na posição sentado também estavam comprometidas.

Diante disso, foi elaborado um plano terapêutico de intervenção para a criança, que teve como objetivos funcionais: alimentar-se de forma independente, sentado à mesa, sem uso de distratores; ampliar o repertório alimentar para suporte nutricional. Para isso, as intervenções foram realizadas nas linhas de base das dificuldades, intervindo na ampliação da percepção do esquema corporal, controle motor global, planejamento motor nos aspectos de ideação, planejamento, execução, brincar simbólico, ressignificar o seu contato e seus momentos com a alimentação.

Considerando que há um quadro de disfunção de processamento sensorial e a criança não está respondendo de forma adequada, no estudo de Serrano (2016), ele afirma que a Terapia de Integração Sensorial é usada para facilitar essa resposta, atuando através da modulação sensorial, favorecendo os estímulos necessários para que o indivíduo passe a desenvolver respostas adequadas a cada estímulo proporcionado pelo ambiente.

Inicialmente, o foco da sessão foi a modulação sensorial de J. M., devido ao quadro de defensividade tátil. Esse processo se deu através de estímulos inibitórios, como tato profundo, estímulos proprioceptivos e vestibular linear. Após modulação sensorial, o foco da intervenção passou a melhorar o controle postural, pensando nos objetivos funcionais de conseguir manter-se sentado em atividades como a alimentação.

A família foi orientada para a retirada de distratores, visando integrar o sistema estático e visual. Durante as sessões, foram utilizados princípios da intervenção de Integração Sensorial de Ayres, seguindo sempre a “motivação intrínseca” de J. M, também foram utilizados equipamentos específicos, de modo a proporcionar

variabilidade sensorial (subir, balançar, saltar etc.) para regular os sistemas tátil, vestibular e proprioceptivo. Furtuoso e Mori (2022) afirmam que estes três sistemas básicos da base sensorial atuam interligados com os outros sentidos: olfato, visão, paladar e audição, captando informações e transformando-as em respostas adaptativas de sobrevivência, de segurança e de bem-estar.

As atividades, seguindo a liderança de J. M., juntamente com o brincar lúdico, foram introduzidas para obter funcionalidade nas atividades básicas de vida diária, como também para promover o “desafio na medida certa”, desafiar a sua capacidade de imitar, seguir instruções, fazer sequências de ações no tempo e espaço e, assim, organizar o comportamento.

De acordo com Cardoso e Blanco (2019), essas alterações criam barreiras de autorregulação, onde a criança apresenta resistência em habitar o próprio corpo, acarretando prejuízos na sua capacidade de participar das atividades de vida diária, sendo uma delas a alimentação. Além disso, Silva e colaboradores (2021) afirmam que existem problemas no funcionamento sensorial que acarretam em alterações no processo alimentar, pois a alimentação tem uma base extremamente sensorial através da língua, uma das áreas mais sensíveis do corpo humano.

Com o uso da Integração Sensorial de Ayres, as evoluções significativas da criança começaram a surgir. Com três semanas de intervenção, os pais relatavam aumento de repertório alimentar de J. M., que começou a consumir alimentos como ovo e fruta (melancia). A partir da quarta semana de intervenção, os pais começaram a relatar que a criança passou a sentar-se à mesa, durante as refeições, sem necessidade do uso de distratores. Na quinta semana de terapia, foi incluído o alimento em *setting* terapêutico, despertando o interesse da criança pelo preparo do alimento e brincar com uso da temática. Na oitava semana de intervenção começou a aceitar a ingestão de alimentos durante as sessões, começando a ingestão de frutas e proteínas.

Na décima semana, J. M. passou a demonstrar interesse em expandir seu cardápio alimentar, segundo relato da família, passou a pedir para os pais prepararem alimentos variados e a aceitar comer frutas em ambiente escolar. Os comportamentos de comunicação verbal, relatando para a terapeuta sobre os alimentos que ingeriu durante as refeições, tornaram-se frequentes e começaram a compor o repertório de atividades de J. M. de forma natural e motivadora.

As sessões de intervenção de Terapia Ocupacional foram realizadas pelo período de cinco meses, entre abril e setembro de 2022, sendo realizadas 18 sessões individuais de intervenção, com duração média de 40 minutos. No Quadro 3, é possível observar a evolução da criança, considerando o repertório alimentar, controle postural, planejamento motor e defensividade tátil.

Através das sessões de Terapia Ocupacional com abordagem em Integração Sensorial de Ayres, foi possível observar que a criança aumentou seu repertório alimentar, sendo extinto o uso de distratores durante a alimentação, melhorou o controle postural e alterações na modulação sensorial, conseguindo melhor desempenho ocupacional, mantendo-se sentado à mesa durante atividades como a alimentação.

Quadro 3 - Comparativo de evoluções da criança considerando: repertório alimentar; controle postural; planejamento motor e a defensividade tátil

Área de intervenção	Antes da Intervenção	Depois das 18 sessões de Intervenção
Seletividade alimentar: Considerando os tipos de alimentos ingeridos.	Arroz.	Arroz e macarrão.
	Biscoito de maizena e doces.	Manteve.
	Carne vermelha.	Carne vermelha, Ovos e peixe.
	Pastel de carne moída.	Manteve.

	Fruta: nenhuma.	Frutas: melancia, morango, banana e uva.
Dispraxia: Controle postural	Não permanecia sentado.	Passou a permanecer sentado, por aproximadamente dez minutos.
	Dificuldade em manter sua postura, durante o uso de balanço.	Mantém o balanço com a mesma postura, sem desequilibrar, em torno de cinco minutos.
	Agitação motora.	Diminuição da agitação motora e maior tempo de atenção em atividades sentado.
	Dificuldade para realizar tarefas escolares.	Criança demonstra desejo de realizar tarefas como: colorir e desenhar. Mantém atenção para realizar atividades como as referidas, em média por cinco minutos. Em caso de dispersão, consegue redirecionar a atenção e continuar a atividade.
Dispraxia: Planejamento motor	Necessidade de ajuda no banho devido a sequenciamento.	Mais autonomia no banho. Melhora de habilidades de sequenciamento.
	Dificuldades para sequenciar escovação de dentes.	Escova os dentes com supervisão.
	Necessidade de ajuda para o vestir todas as peças de roupas.	Autonomia para o vestir, peças inferiores, como cueca e shorts. Necessitando de ajuda

		apenas para peças superiores, como camisa.
	Brincar com padrão restrito e repetitivo.	Ampliação do repertório do brincar, com exploração de brinquedos diferentes, imitação e brincar funcional.
Defensividade e tátil	Demonstrava desejo de brincar com massinha, porém tolerava por pouco tempo (segundos).	Passou a brincar funcional com massinha, sem determinação de tempo e sem demonstrar aversão.
	Demonstrava desejo de brincar com <i>slime</i> , porém, não tolerava nas mãos. Apenas nos pés, por pouco tempo segundos).	Passou a brincar funcional com <i>slime</i> , por aproximadamente dez minutos, manipulando com as mãos.
	Não aceitava textura de frutas e verduras.	Passou a ingerir frutas como: melancia, banana, morango e uva.

Fonte: elaborado pelos autores.

Diante dos resultados apresentados pelo caso de J. M., considerando o contexto e as evoluções da criança, observa-se empiricamente apontamentos da literatura, a exemplo de AOTA (2015), COFFITO (2017) e Oliveira e Souza (2022), quando afirmam e concordam que um dos profissionais de referência e que deve participar do tratamento da seletividade alimentar é o terapeuta ocupacional, pois, além de capacitado para favorecer o desempenho ocupacional nas Atividades de Vida Diária (AVDs), é o único apto a

utilizar a abordagem de Integração Sensorial de Ayres como método de intervenção.

No caso apresentado, foi necessário compreender os aspectos sensoriais envolvidos no contexto; avaliação abrangente da criança, considerando sua funcionalidade e os conhecimentos teóricos da Terapia Ocupacional e o uso da Integração Sensorial, aplicação de raciocínio clínico, para levantar hipóteses diagnósticas, traçar objetivos, definir metas funcionais e intervir.

Os conhecimentos do terapeuta ocupacional aplicados de forma criteriosa, com base em evidências científicas, teóricas e na experiência clínica de forma adequada permitiram que J. M. entrasse em sua “banda ótima de engajamento”, com a modulação para que melhorasse seu controle postural e, conseqüentemente, diminuísse sua agitação motora, para que conseguisse sentar à mesa durante o momento da alimentação, por exemplo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstra a importância da Terapia de Integração Sensorial de Ayres ser realizada por profissional qualificado, tendo em vista que os princípios teóricos que direcionam a prática da Integração Sensorial, quando utilizados de forma adequada, promovem melhoras significativas no desempenho ocupacional da criança.

Nesse sentido, este estudo de caso clínico representa um exemplo de intervenção exitosa do uso da Integração Sensorial, enquanto método de intervenção do terapeuta ocupacional. Espera-se que ele possa subsidiar a elaboração de pesquisas futuras envolvendo a eficácia da Terapia Ocupacional com o uso da Terapia de Integração Sensorial de Ayres, no TEA ou em outros diagnósticos. Sugere-se a elaboração de estudos empíricos ou de caso controle, a fim de promover ampliação de conhecimento científico na área, podendo repercutir positivamente na assistência prestada às crianças com TEA

e seletividade alimentar, assim como para a produção científica sobre Terapia Ocupacional.

REFERÊNCIAS

AOTA. American Occupational Therapy Association. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo**. 3. ed. Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo, v. 26, n. esp., p. 1-49, 2015.

AYRES, A. J. **Sensory integration and the child**. Los Angeles: WPS, 1979.

BLANCHE, E. I. **Observations based on sensory integration**. Torrance, CA: Pediatric Therapy Network, 2010.

_____; REINOSO, G. The use of Clinical Observations to evaluate proprioceptive and vestibular functions. AOTA Continuing Education Article. **The American Occupational Therapy Association**, v. 13, n. 17, 2008.

BUNDY, A. C.; LANE, S. J. **Sensory Integration: Theory and Practice**. 3. ed. Filadélfia, Pensilvânia, EUA: F. A. Davis Company, 2020.

CARDOSO, N. R.; BLANCO, M. B. Terapia de Integração Sensorial e o transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Conhecimento Online**, v. 1, p. 108–125, 2019.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 483, de 12 de junho de 2017. Reconhecer a utilização da abordagem de Integração Sensorial como recurso terapêutico da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2017.

CORRÊA, Consuelo Garcia. **Raciocínio clínico**: o desafio do cuidar. Tese (Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

DUNN, W. **Sensory Profile**: User's manual. New York: The Psychological Corporation, 2017.

FURTUOSO, P.; MORI, N. N. R. Integração Sensorial e modulação sensorial de escolares com transtorno do espectro do autismo. **Conjecturas**, v. 22, n. 16, p. 419–431, 2022.

OLIVEIRA, C. S. *et al.* Terapia de Integração Sensorial e comportamento de seletividade alimentar no transtorno do espectro autista: estudo de caso. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, 2022.

OLIVEIRA, P. L.; SOUZA, A. P. R. Terapia com base em Integração Sensorial em um caso de Transtorno do Espectro Autista com seletividade alimentar. **Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional**, v. 30, 2022.

PARHAM, D. *et al.* **Sensory Processing Measure-Preschool (SPM)**: Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2007.

ROCHA, G. S. S. *et al.* Análise da seletividade alimentar de crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, 2019.

SCHOEN, S. *et al.* A Systematic Review of Ayres Sensory Integration Intervention of Children with Autism. **Autism Research**, v. 12, p. 6-19, 2019.

SERRANO, P. **A Integração Sensorial no desenvolvimento e aprendizagem da criança**. 2. ed. Portugal: Papa Letras, 2016.

SILVA, A. G. S. *et al.* Aspectos sensoriais e a seletividade alimentar da criança com transtorno do espectro autista: um estudo de revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021.