

## RELATO DE PRÁTICA DE TELEATENDIMENTO INTEGRADO EM TERAPIA OCUPACIONAL E PSICOLOGIA: EM BUSCA DE AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Esthela Pavezi Franco <sup>1</sup>

Nara Carneiro Euclides <sup>2</sup>

**Resumo:** As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o enfrentamento global da pandemia da COVID-19 destacaram o isolamento social como medida preventiva ao contágio do Coronavírus, entre outras medidas de saneamento. Essa necessária providência levou a sociedade a repensar os seus hábitos e práticas sociais, impactando as instituições e os seus atendimentos. Na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Vitória-ES, foi ofertada, como alternativa para a manutenção do tratamento aos seus usuários, a realização de teleatendimento. O objetivo deste estudo é relatar essa prática, que ocorreu mediante e integração entre os setores de Terapia Ocupacional e Psicologia para a implementação do teleatendimento. Participam do estudo doze crianças de oito a catorze anos de idade, com diagnóstico de Deficiência Intelectual (DI) e/ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), atendidos na APAE de Vitória. Foram realizadas videochamadas semanais, no período de maio a dezembro de 2020, bem como as atividades foram elaboradas conforme objetivos terapêuticos a partir de três áreas-base: percepção, interação e vivência. As crianças puderam adquirir maior percepção de si e do outro, reduzindo agitação psicomotora e ansiedade, bem como aprimoraram habilidade de autocontrole e de identificação com os pares. Além disso, foi possível promover maior capacidade de engajamento em diálogos e fazer apontamentos em falas de outros colegas, ainda que tenham sido realizadas com maior dificuldade e necessidade de suporte. Conclui-se que essa prática possibilitou o aumento de participação social e autonomia e buscou contribuir para a promoção de estratégias que garantam a atenção da pessoa com deficiência no período de isolamento social decorrente da pandemia de Covid-19, reforçando o protagonismo da pessoa com deficiência sobre a própria história.

**Palavras-Chave:** Teleatendimento. Autonomia. Participação social. Transtorno do Espectro Autista. Deficiência intelectual.

**Abstract:** Based on the World Health Organization (WHO) recommendations regarding social isolation as a preventive measure against COVID-19 contamination, it was necessary to rethink the practices of care at the Parents and Friends of People with Special Needs Association (APAE) in Vitória, with telehealth as an alternative to continuing treatment. This study aims to discuss integrated practice between the Occupational Therapy and Psychology sectors through

<sup>1</sup> Terapeuta ocupacional especialista em esportes e atividades físicas para pessoa com deficiência. Terapeuta DIR/floortime – ICDL/USA.

<sup>2</sup> Psicóloga especialista em neuropsicologia e reabilitação cognitiva, especialista em neuro aprendizado e desenvolvimento infantil.

a telehealth group with twelve children aged eight to fourteen years old diagnosed with Intellectual Disability (ID) and/or Autistic Spectrum Disorder (ASD) who attended at APAE in Vitória. There were weekly video calls from May to December 2020 and activities developed according to therapeutic objectives based on three areas: perception, interaction, and experience. The children could gain a greater perception of themselves and the other, reducing psychomotor agitation and anxiety, and improving their ability to self-control and identify with their peers. In addition, it was possible to promote a greater capacity to engage in dialogues and to take part in other colleagues' speeches, even though they happened with greater difficulty and need for support. In conclusion, this practice enabled an increase in social involvement and autonomy and contributed to promoting strategies that guarantee the attention of people with disabilities in the period of social isolation resulting from the COVID-19 pandemic, reinforcing that the person with disabilities is the protagonist of their own stories.

**Keywords:** Telehealth. Autonomy. Social involvement. Autistic Spectrum Disorder. Intellectual disability.

## INTRODUÇÃO

Conforme a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, as pessoas com deficiências são

aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2021a).

Para a atenção integral e integrada a esse público específico, serviços de reabilitação oferecem atendimentos e se apresentam como importantes estratégias de suporte que desenvolvem, por abordagem interdisciplinar, habilidades que contribuam para suas conquistas de autonomia e participação social.

Com essa finalidade, passaram a vigorar a recomendação nº 27, de 22 de abril de 2020 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2021b), com base nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), indicando o isolamento social como medida preventiva e de contenção de transmissão do vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19. Desse modo, novas medidas de atenção à pessoa com deficiência se fizeram necessárias, considerando a importância de evitar aumento de problemas comportamentais (JONATHAN GLEASON et al., 2021) e prejuízos funcionais (PRVU BETTGER et al., 2020), devido à impossibilidade de estarem presentes nos espaços destinados às terapias, além do suporte ao cuidador, que integra os recursos de apoio à pessoa com deficiência.

Nesse sentido, foi possível ofertar, como estratégia de atendimento, a modalidade de teleconsulta, uma das possibilidades de acesso aos conhecimentos escolares, convergente com o que preconiza a OMS em situações de risco e emergências humanitárias, conforme o Guidance

note on disability and emergency risk management for health (WHO, 2013)<sup>1</sup>.

De acordo com a Resolução nº 516, de 20 de março de 2020 do COFFITO (2020), a teleconsulta corresponde à consulta clínica registrada executada a distância e o telemonitoramento é referente ao acompanhamento de paciente já atendido anteriormente de maneira presencial, por recursos tecnológicos, podendo ser de forma síncrona ou assíncrona, variando de acordo com a necessidade e acessibilidade de cada paciente, conforme disposto no capítulo terceiro da Lei nº 13.134/20 - Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2021c).

Neste trabalho, a Terapia Ocupacional e a Psicologia são focos dos relatos aqui registrados, com destaque para a situação emergencial da pandemia da COVID-19. A Terapia Ocupacional apresenta importante contribuição nessa modalidade ao ser entendida com uma tecnologia voltada ao estudo das atividades humanas e suas constituintes cognitivas, afetivas, emocionais, físicas, perceptivas, sensoriais e socioculturais, utilizando o seu próprio objeto para intervenção nos diferentes níveis de atenção à saúde junto a pessoas em todo o ciclo de vida que, por questões transitórias ou permanentes, apresentem limitação no desempenho de suas ocupações (COFFITO, 2021).

Especificamente na área da infância e da adolescência, a intervenção terapêutica ocupacional objetiva a habilitação e a reabilitação de capacidades, na sua maioria pela brincadeira, dada a importância dessa ocupação para o desenvolvimento infantil. Essas capacidades são necessárias para o desempenho satisfatório das Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), trabalho, estudo, lazer, descanso, brincadeira e participação social, sempre com acolhimento à produção da própria criança e os anseios da família (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION-AOTA, 2015; SANTOS; MARCOS; PFEIFER, 2006).

Por sua vez, a psicologia contribui de maneira significativa para as medidas de enfrentamento da COVID-19. A psicologia é a ciência que estuda o comportamento, os processos mentais e a relação entre eles em todo o domínio que engloba os comportamentos observáveis (correr, andar, falar, dentre outros), assim como os não-observáveis (pensar, emocionar-se, dentre outros) (BOCK et al., 2009). A sua atuação poderá contribuir, pelo teleatendimento, para apoio à saúde; auxílio familiar para enfrentamento das adversidades; fortalecimento de relacionamentos e manutenção do exercício da autonomia em atividades exercidas no ambiente domiciliar (LINHARES; ENUMO, 2020), incentivando o protagonismo da pessoa com deficiência. As suas áreas aqui focalizadas atuam no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos atendidos.

Muños e Fortes (1998) definiram a autonomia como a habilidade de decisão do ser humano, isso é, o potencial do sujeito em realizar escolhas que serão indicadas diante as situações do dia a dia, tendo em vista que essas afetarão a sua vida, saúde, integridade física e psíquica, além das suas relações sociais. Por sua vez, a participação social é uma prática de cidadania que se relaciona com a participação nos espaços e nas organizações da sociedade (FREDERICO; LAPLANE, 2020).

<sup>1</sup> Em tradução livre: “Nota de orientação sobre deficiência e gestão de risco de emergência para a saúde”.

A Terapia Ocupacional e a Psicologia, como registrado neste relato, mesmo na modalidade de teleconsulta, podem contribuir para promoção de autonomia e participação social da pessoa com deficiência. O objetivo deste relato é divulgar as práticas realizadas, de modo integrado, na APAE de Vitória-ES, visando contribuir para agregar novas estratégias de atendimento e possibilitar que, cada vez mais, a pessoa com deficiência seja protagonista da própria história.

## **METODOLOGIA**

Participaram do estudo doze pacientes com diagnóstico de Deficiência Intelectual (DI) e/ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), com idades que variavam de oito e 14 anos, atendidos nos setores de Psicologia e Terapia Ocupacional na Apae de Vitória.

O método utilizado foi o teleatendimento. Esses procedimentos foram realizados no período de maio a dezembro de 2020, por chamadas de vídeo, em grupo, ocorridas semanalmente (terças-feiras às 15h30), na plataforma de comunicação Zoom, durante 40 minutos.

Os encontros foram mediados por uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. No período da manhã, os pais e/ou responsáveis pela criança eram contactados para confirmar participação no grupo. Na hora do início da reunião, era ofertado o link para ingresso online, realizado pelo responsável da criança.

Os cuidadores eram convidados a acompanharem os encontros, se assim desejassem, ou caso a criança necessitasse de suporte durante a realização. O primeiro encontro virtual foi realizado exclusivamente com os pais, em grupo, sem a presença das crianças, sendo possível colher informações acerca das vivências e práticas adotadas no ambiente domiciliar naquele momento.

Em julho e dezembro foram realizadas avaliações qualitativas semestrais de cada criança, nas quais foram relatadas as evoluções – ou não – apresentadas pelas crianças a partir dos objetivos terapêuticos traçados e pontuado se havia indicação para permanência nessa modalidade de atendimento. Ressalta-se que tais reavaliações ocorreram por intermédio dos responsáveis envolvidos, mediante questionário direcionado. Como resultado, no mês de julho, todas as crianças tiveram indicação de permanência.

Em dezembro, 75% dos avaliados foram encaminhados para o grupo de adolescentes e 25% para a game terapia (também na modalidade de teleatendimento). É importante ressaltar que a game terapia (terapia por jogos), ocorre com o auxílio dos aparatos tecnológicos visando potencializar o desenvolvimento psicomotor dos envolvidos, uma vez que proporciona ao infante um momento descontraído, ao passo que se concentra em uma atividade.

Os resultados das reavaliações foram comunicados aos responsáveis de forma individual, bem como observações ou apontamentos que os terapeutas consideravam pertinentes serem realizados individualmente. Não foram realizadas avaliações no início do teleatendimento, porque as crianças já haviam feito anteriormente, indicando elegibilidade ao serviço.

Os procedimentos planejados englobaram três áreas-base que seriam abordadas com intuito de contribuir para autonomia e participação social, sendo elas: Percepção, Interação e Vivência. Na Percepção, esperava-se que a criança pudesse ser capaz de reconhecer-se através da identificação de partes do corpo e suas funcionalidades e iniciar a percepção do outro a partir de contação de histórias. Na Interação, buscou-se desenvolver habilidades de socialização pela imitação de gestos e expressões faciais, além de autocontrole na interação com atividade de sequenciamento e contação de histórias compartilhadas. Por fim, na Vivência, esperava-se que as crianças pudessem compartilhar experiências pessoais e de identificação com os pares pela apresentação de objetos de uso pessoal, bem como realizar leitura social em diálogo iniciado e mantido pelas próprias crianças. As atividades elaboradas, bem como as habilidades cognitivas trabalhadas foram desenvolvidas conforme apresentação no Quadro 1.

Quadro 1 -Trabalho realizado na relação área-base, objetivos, atividades e habilidades cognitivas

<b>ÁREA-BASE</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>HABILIDADES COGNITIVAS TRABALHADAS</b>
Percepção	Identificar partes do corpo.	Leitura de livro digital	Atenção, percepção, compreensão, memória, raciocínio, linguagem
	Conhecer funções das partes do corpo.	Leitura de livro digital	
	Reconhecer estímulos regulatórios e desregulatórios Perceber o outro.	Leitura de livro digital Contação de história	
Interação	Desenvolver habilidade de socialização	Imita mãos	Atenção, percepção, compreensão, memória, raciocínio, metacognição, linguagem, criatividade, autorregulação, planejamento, antecipação
		Imitação de expressões faciais	
Interação	Promover autocontrole durante interação	Stop	
		Contação de história compartilhada	
Vivência	Compartilhar experiências pessoais	Objetos pessoais	Atenção, percepção, compreensão, memória, raciocínio, metacognição, linguagem, criatividade,
	Identificar-se com os pares	Objetos pessoais	
	Promover leitura social	Diálogo	

	Iniciar e manter diálogo	Diálogo	autorregulação, planejamento, antecipação, previsão afetiva, abstração
--	--------------------------	---------	--

Fonte: Euclides; Franco (2020)

A primeira proposta de atividade foi a leitura de livro digital “Sou assim e vou te mostrar”, no qual as terapeutas compartilhavam a tela do computador para que todos pudessem acompanhar visualmente a leitura. O livro narra a descoberta de uma criança das partes do próprio corpo e as experiências sensoriais/funcionais de cada parte, além de fazer comparações com as partes do corpo de outros animais, que se apresentavam de maneiras diferentes. Após o reconhecimento das partes, as crianças foram incentivadas a nomear as funcionalidades de cada uma delas, trazendo exemplos do próprio contexto e suas utilizações no dia a dia. Por fim, foi apresentada uma segunda proposta de atividade, “contação de história”, em que foi exposto a história do Patinho Feio, por um vídeo.

Após a apresentação do vídeo, as crianças foram convidadas a recordar as situações ocorridas, além de identificar os momentos em que o patinho ficou sozinho e acompanhado e quais foram as reações dele. Por essas atividades, foi possível trabalhar, primordialmente, as seguintes habilidades cognitivas: atenção, percepção, compreensão, memória, raciocínio e linguagem.

No segundo bloco de atividades, conforme áreas-base, iniciamos com a brincadeira “imita mãos”, a qual as crianças deveriam observar e reproduzir gestos realizados pelas mãos das terapeutas. Conforme o grupo fosse conseguindo realizar adequadamente, foi aumentando o grau de complexidade da tarefa, com maior velocidade e gestos mais aprimorados.

Outra brincadeira, realizada em seguida, foi a “imitação de expressões faciais”. Com ela, uma criança iniciava realizando uma expressão facial e as outras deveriam identificar qual a expressão realizada e posteriormente reproduzi-la. Também foi possível, durante essa atividade, promover algumas contextualizações de em quais momentos do nosso dia apresentamos determinada expressão facial.

A terceira brincadeira foi uma adaptação de “Stop”, na qual as crianças deveriam desenhar objetos da rotina e quem finalizasse primeiro diria “stop”, para que todos pudessem parar de desenhar. Logo após, a criança apresentava o desenho e os demais deveriam adivinhar qual foi a produção realizada. Por fim, concluímos o bloco com a “contação de história compartilhada”, momento em que as próprias crianças iniciavam a contação de uma história conhecida por elas e, sequencialmente, eram convidadas a continuar a narrativa a partir de onde o colega anterior havia parado. As habilidades cognitivas principais abordadas nessas brincadeiras foram atenção, percepção, compreensão, memória, raciocínio, metacognição, linguagem, criatividade, autorregulação, planejamento e antecipação.

O terceiro bloco iniciou com a brincadeira “objetos pessoais”, momento em que as crianças buscavam no ambiente domiciliar algum objeto de uso pessoal para apresentá-lo aos

colegas. Durante a apresentação, as crianças deveriam descrever as características do objeto, sua função no dia a dia e relatar o motivo de ter escolhido aquele instrumento para mostrar aos demais. Também eram convocados a estar atentos à apresentação dos colegas e identificar se algum dos objetos apresentados eram também de interesse próprio.

A última proposta de atividade foi o diálogo propriamente dito, no qual crianças deveriam promover leitura social do grupo ao iniciar um diálogo e verificar a possibilidade de continuidade conforme reações de interesse dos colegas. Também foi utilizado o diálogo para incentivar a troca e compartilhamento das situações relatadas em ambiente domiciliar, bem como promover identificação de experiências em comum. Com maior nível de complexidade, nesse bloco foi possível trabalhar as habilidades cognitivas com foco em atenção, percepção, compreensão, memória, raciocínio, metacognição, linguagem, criatividade, autorregulação, planejamento, antecipação, previsão afetiva e abstração.

Vale ressaltar que as atividades utilizadas como recurso eram repetidas por uma ou mais semanas, visando fixar os conteúdos trabalhados e alcançar os objetivos, conforme as demandas apresentadas pelo grupo.

## **RESULTADOS**

Inicialmente, o período de isolamento social foi um desafio para adaptação à nova rotina no contexto domiciliar e à ausência de tarefas até então cotidianas, como ida à escola, às terapias e saídas para parques, praças e aniversários, momentos de convívio com os pares e participação social na sociedade, conforme relatado pelos responsáveis em um primeiro encontro virtual, realizado em maio.

Ainda no primeiro encontro, foi possível observar nos pais ansiedade e expectativa quanto ao desenvolvimento dos filhos, tendo em vista a nova realidade apresentada e a preocupação quanto às medidas preventivas de maneira e evitar a propagação do vírus. Com o desenvolver dos encontros e participações dos pais que, em alguns momentos, buscavam terapeutas de forma individual para relatar situações e/ou tirar dúvidas acerca de comportamentos apresentados pelas crianças, foi observada significativa redução de ansiedade parental, que relataram maior segurança no manejo comportamental e tranquilidade com a oferta de teleatendimento, garantindo a manutenção de estímulos ao desenvolvimento dos filhos. Das 12 crianças acompanhadas, apenas um responsável manteve ansiedade significativa (qualitativamente avaliada) ao trazer preocupações acerca do filho, demandando principalmente sobre a dificuldade de tempo de espera da criança. É importante relatar também que os níveis de insegurança relacionadas à pandemia aumentaram conforme a oscilação de decisões governamentais, indicando maiores ou menores restrições das medidas de isolamento.

No que diz respeito ao comportamento inicial das crianças, houve oscilação na adesão aos encontros virtuais no primeiro mês. Pode ter contribuído para a falta de constância a dificuldade de adaptação inicial à nova rotina em domicílio, relatada por pais, bem como

a necessidade de fortalecimento de vínculo terapêutico e de afeto com os demais colegas na nova modalidade. Foi possível observar que, com o decorrer dos encontros, o vínculo foi sendo mais bem estabelecido - até mesmo com questionamentos por parte dos colegas da ausência de determinadas crianças quando não participavam - e houve maior constância das crianças na adesão aos encontros. Das 12 crianças, quatro demonstraram, desde os primeiros encontros, boa adesão, seis aumentaram participação com o decorrer das chamadas de vídeo e duas oscilaram na participação ao longo dos sete meses de teleatendimento.

Durante todo o acompanhamento, foram consideradas como interferência no tratamento às questões relativas à tecnologia e ao meio. Em alguns momentos, as famílias tiveram dificuldade em acessar a plataforma, devido a problemas de conexão com a internet ou com o aparelho de celular e computador. Também foi observado que a presença de outros familiares, como irmãos mais novos, bem como a impossibilidade de acompanhar o teleatendimento em cômodos silenciosos, interferiram na participação, tendo em vista a necessidade de deixar o microfone desligado para não atrapalhar a participação dos demais colegas e a distração causada ao próprio participante.

### **Área-base da percepção**

Nessa área, todas as crianças foram capazes de identificar as partes do corpo e as suas funções pela leitura de livro digital. Embora alguns, demonstrem maior participação e facilidade na compreensão da temática, não houve dificuldade para assimilação do conteúdo. A percepção do outro pela contação de história foi alcançada de diferentes maneiras. Dez crianças identificaram a presença e reação de outros personagens na história, enquanto duas necessitam de apoio para descrever o que era solicitado. Como foi observado que a dificuldade se deu pela narrativa do que estava apresentado, com pouco repertório verbal para relato e não pela ausência de compreensão da situação, foi considerado que o objetivo foi alcançado para todas as crianças. Dessa forma, o primeiro bloco foi finalizado com todos os objetivos alcançados.

### **Área-base da Interação**

Nessa área, as habilidades de socialização que foram trabalhadas pelos jogos de imitação (imita mãos e imitação de expressões faciais) foram parcialmente alcançadas. Das doze crianças, uma apresentou significativa restrição motora, o que dificultou a reprodução de gestos mais aprimorados. Três crianças apresentaram constante agitação psicomotora durante realização das atividades, fazendo com que os gestos não fossem realizados corretamente - seja por realizarem muito grosseiramente ou por inadequação ao que era solicitado. Foi observado que, apesar das dificuldades apresentadas, essas atividades foram as que mais despertaram a motivação e interesse das crianças, gerando boa participação e engajamento.

Ainda no segundo bloco de atuação, o autocontrole durante interação também foi consi-



derado como parcialmente alcançado para as três crianças que apresentaram agitação psicomotora nas atividades de imitação.

A atividade de produção de desenho gerou aumento de ansiedade em seis crianças, que buscaram finalizar antes dos demais colegas e, dessa forma, em alguns momentos, não conseguiam realizar autocontrole para adequação à tarefa. Foi necessária mediação das terapeutas para que a atividade pudesse ser continuada. A intervenção das terapeutas se deu através do retorno às habilidades trabalhadas anteriormente, incentivando a percepção do próprio corpo e nomeação das reações decorrentes da agitação e ansiedade.

Dessa forma, foi possível retornar à tarefa com maior adequação, ainda que com necessidade constante de intervenção das terapeutas. Com essa experiência, foi observado que atividades que envolvem tempo e/ou competitividade ainda necessitavam de maior estruturação das etapas das tarefas, com aumento gradativo de complexidade. Essa observação corrobora com a literatura na medida em que revela a importância de observar a quantidade de informações colocadas à criança com deficiência intelectual:

Se há dificuldade na seleção e organização da percepção, a grande quantidade de informações do meio externo acaba por dificultar os processos de atenção e, conseqüentemente, de memória da pessoa com deficiência intelectual (PIMENTEL, 2018, p. 22).

Além disso, Santos (2021) ressalta que o estado emocional livre de tensão, estresse, medo, irritabilidade e ansiedade pode permitir maior atenção e concentração. Quanto ao autocontrole em contação de história compartilhada, foi observada pouca adesão à tarefa. As crianças demonstraram interesse na contação de história e quatro delas foram capazes de contar histórias completas de forma linear e coerente. Todavia, ao ser solicitado que outro participante continuasse história iniciada por colega, ainda que fosse uma história recém-narrada, todas as crianças necessitam de suporte. Essa dificuldade pode ser explicada pela natureza dos impedimentos cognitivos dos estudantes com deficiência intelectual, cuja funcionalidade intelectual torna-se mais efetiva na presença de mediações e apoios.

### **Área-base da vivência**

No terceiro bloco, com objetivo de compartilhar experiências pessoais e se identificar com os pares pela brincadeira de objetos pessoais, todas as crianças demonstraram boa participação e entendimento da tarefa. Oito delas foram direcionadas por terapeutas para identificar e relatar maior quantidade de elementos na descrição das características dos objetos, mas não encontraram dificuldades em reconhecer objetos em comum na apresentação dos colegas, demonstrando capacidade de atenção e abstração.

Já em atividades de diálogo, toda a promoção de leitura social, início e manutenção de diálogo foi mediada por terapeutas. As terapeutas buscaram reconhecer as maiores limitações e intervir com suporte de repertório de habilidades sociais. As facilidades encontradas foram ini-

ciar diálogo e perceber as expressões faciais apresentadas por terapeutas. Isso se deu porque as terapeutas faziam expressões exageradas diante de fala confusas ou incoerentes, visando chamar atenção da criança e possibilitar a reestruturação da fala. Foram encontradas dificuldades para manter atenção nas falas realizadas por outros colegas, quando o assunto não despertava interesse; manter o diálogo sem alteração de linearidade ou coerência e perceber o interesse dos colegas nas suas falas, a partir das expressões faciais apresentadas por eles.

Para essas dificuldades, foi possível intervir, incentivando a criança a apresentar elementos em narrativa que a torne mais convidativa à atenção dos colegas e organizar narração com apontamento de tempo, espaço, pessoas presentes na história e reações apresentadas por elas. Por fim, pela comunicação não verbal e gestual, era apontado à criança que estava falando a observância às expressões faciais dos demais colegas visando promover a leitura social. Com intervenções das terapeutas, ainda que os objetivos tenham sido considerados alcançados parcialmente, foi possível perceber redução de agitação psicomotora nas três crianças que demonstravam tais comportamentos, além de significativa redução de distração nas demais crianças. Também foi observado que, nos últimos atendimentos, crianças eram mais capazes de fazer apontamentos sobre falas de outros colegas, demonstrando maior habilidade de interação.

De maneira geral, foram observados maior interesse e participação em atividades que envolviam execução (produção de desenho, imitação e objetos pessoais) e apresentação de vídeos, ainda que isso não fosse atrelado a um melhor desempenho apresentado por eles, conforme relatado anteriormente. Pode-se atribuir boa adesão a essas atividades devido a facilidade em se engajar em tarefas executivas, tendo em vista a necessidade de menor abstração e uso de habilidades cognitivas superiores e pela possível familiarização com vídeos e estímulos digitais pelas crianças. Já as atividades que despertam menos interesse (contação de história compartilhada e diálogo) revelaram influência das barreiras cognitivas, visto que foi observada dificuldade em se manterem atentos em tarefas abstratas e se esquivarem diante da necessidade de maior esforço cognitivo para adequação ao que era solicitado.

Foi observada maior adesão aos encontros virtuais após estreitamento de vínculo entre os pares e com as terapeutas, além de melhor adequação à rotina diante do contexto de isolamento social. Algumas barreiras dificultaram a adesão e a participação em alguns momentos, como problemas de conexão com internet, ausência de espaços tranquilos em ambiente domiciliar, interferência de outros familiares, entre outros aspectos.

Respeitando as diferenças individuais das crianças, houve maior interesse e participação em atividades executivas, como produção de desenho, imitação e objetos pessoais, enquanto as atividades verbais, como contação de história compartilhada e diálogo, foram as menos interessantes para as crianças. Foi possível atribuir essas diferenças às barreiras cognitivas diante de tarefas abstratas e de necessidade de maior uso de habilidades cognitivas superiores que as atividades verbais demandam.

As intervenções terapêuticas contribuíram para que as crianças pudessem, inicialmente, adquirir maior percepção de si e do outro, promovendo, dessa forma, redução de agitação

psicomotora e de ansiedade. Além disso, desenvolvendo habilidades de interação, foi possível promover aprimoramento de autocontrole e identificação com os pares, buscando garantir sentimento de pertencimento e participação social. Por fim, pela vivência com o grupo, contando com o suporte para aumento de repertório de habilidades cognitivas, construção de narrativas lineares e leitura social, as crianças puderam, ao final dos encontros, demonstrar melhor capacidade de engajar-se em diálogos, desenvolvendo autonomia.

Compreende-se que foi abordada a promoção de autonomia com as propostas realizadas à medida que possibilitamos, a partir da percepção, interação e vivência, com que a própria criança seja capaz de perceber e relatar aspectos sobre si, sobre o outro e sobre a relação interpessoal estabelecida. Dessa forma, pudemos contribuir para o protagonismo sobre a sua própria história e experiências vividas. Além disso, contribuimos para a participação social, mesmo em contexto de isolamento social, quando possibilitamos que as crianças usassem de estratégias de comunicação acessíveis e acolhedoras, respeitando as limitações individuais e oportunizando lugar de fala, escuta e fortalecimento de vínculo afetivo.

## CONCLUSÃO

O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência assegurado pelo ordenamento jurídico e ressaltado nas políticas públicas pertinentes. O atendimento preconizado deve ter uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado.

Neste trabalho se verificou como é imprescindível garantir estreitamento de apoio e suporte na rotina das famílias e da pessoa com deficiência no período de isolamento social, quando se buscava promover autonomia e participação social pelos teleatendimentos realizados semanalmente por chamadas de vídeo em grupo e integrando as especialidades de Psicologia e Terapia Ocupacional. Esse estreitamento, entretanto, é recomendável em quaisquer atendimentos nas diversas áreas de habilitação e reabilitação.

Esse relato se propôs a contribuir com a promoção de estratégias que garantam a atenção à pessoa com deficiência no período de isolamento social decorrente da pandemia de COVID-19, além de reforçar o protagonismo da pessoa com deficiência sobre a própria história, respeitando as suas limitações e apostando nas potencialidades que, com suporte adequado, podem ser desenvolvidas. Considera-se que esses objetivos foram alcançados.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION-AOTA et al. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida. **Rev Ter Ocup Univ.**, São Paulo, v. 26, Ed. Especial, p. 1-49, 2015.

BETTGER, J; THOUMI, A.; MARQUEVICH, V; et al. **COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum.** BMJ Global Health, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002670> . Acesso em: 14 maio 2021.

BOCK, A.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia.** 14.ed. São Paulo: Saraiva, 2009. Disponível em: [https://petpedufba.files.wordpress.com/2016/02/bock\\_psicologias-umaintroduc3a7c3a3o-p.pdf](https://petpedufba.files.wordpress.com/2016/02/bock_psicologias-umaintroduc3a7c3a3o-p.pdf). Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** 4. ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. Disponível em: <https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/sites/sisapidoso.iciet.fiocruz.br/files/convencaopessoascomdeficiencia.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 27, de 22 de abril de 2020.** 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1132-recomendacao-n-027-de-22-de-abril-de-2020>. Acesso em: 15 de maio 2021.

BRASIL. **Lei 13.146 de 06 de julho de 2015.** Lei brasileira de inclusão da Pessoa com Deficiência. 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm). Acesso em: 08 de maio 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa com Deficiência, 2020.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em 15 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. Resolução nº516, de 20 de março de 2020 – Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria. Dispõe sobre a suspensão temporária do Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 424/2013 e Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 425/2013 e estabelece outras providências durante o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia do COVID-19. **Diário Oficial da União**, 23 março 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. **DEFINIÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL.** Agência de Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=3382](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382). Acesso em 15 maio 2021.

FREDERICO, J.C.C.; LAPLANE, A.L.F. Sobre a Participação Social da Pessoa com Deficiência Intelectual. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Bauru, v.26, n.3, p.465-480, Jul.-Set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/r4nbdV8mLHZ7Jw5pFp79R7n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 maio 2021.

GLEASON, J. et al. O impacto devastador de Covid-19 em Indivíduos com deficiências intelec-

tuais nos Estados Unidos. **NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery Massachusetts Medical Society, Massachusetts**, n. 5, p. 1- 12, mar 2021. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.21.0051>. Acesso em 14 maio 2021.

LINHARES, M. B. M.; ENUMO, S. R. F. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.37, p. 1- 14, jun 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/CrYD84R5ywKWBqwbRzL-zd8C/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo, 2012.

PIMENTEL, S.C. **A aprendizagem da pessoa com deficiência intelectual numa abordagem psicopedagógica**. Aprendizagem e Deficiência Intelectual em foco - Discussões e pesquisas. Aracaju, 2018. Disponível em: <https://editoracriacao.com.br/wp-content/uploads/2015/12/rita-aprendizagemediferenca.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

SANTOS, C.A.; MARQUES, E.M.; PFEIFER, L.I. A brinquedoteca sob a visão da terapia ocupacional: diferentes contextos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v.14, n.2, p. 91- 102, set 2006.

SANTOS, D.C.O. Potenciais dificuldades e facilidades na educação de alunos com deficiência intelectual. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 38, n. 04, p. 935-948, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v38n4/10.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Guidance note on disability and emergency risk management for health**. Geneva: World Health Organization, 2013 Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243\\_eng.pdf;jsessionid=7CD-DABBCD82BEA84BE53058DCF153ED0?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf;jsessionid=7CD-DABBCD82BEA84BE53058DCF153ED0?sequence=1). Acesso em: 16 maio 2021.