

Abordagem *Floortime* no tratamento da criança autista: possibilidades de uso pelo terapeuta ocupacional

Luciana de Cássia Ribeiro^a, Ana Amélia Cardoso^b

^aConselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 8ª Região – CREFITO-8, Curitiba, PR, Brasil

^bDepartamento de Terapia Ocupacional – DTO, Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba, PR, Brasil

Resumo: A interferência causada pelo autismo nas áreas de ocupação de um indivíduo é extremamente significativa e deve-se principalmente a comportamentos relacionados a déficit nas habilidades emocionais, cognitivas, motoras, sensoriais e de interação social. Nas crianças, tais comportamentos são evidenciados especialmente através do brincar, por meio da fixação em objetos, dificuldades no pensamento abstrato-simbólico, na partilha de brincadeiras, entre outras; ou seja, um brincar pobre e estereotipado que caracteriza um atraso no desenvolvimento. O terapeuta ocupacional, visando estimular e desenvolver habilidades das crianças autistas e sua participação social de forma típica, utiliza diversos modelos e abordagens para alcançar seus objetivos. O presente estudo teve como objetivo descrever os princípios básicos de um promissor modelo – o Modelo DIR (*Developmental, Individual Difference, Relationship-Based*) e sua principal Abordagem – o *Floortime*, e discutir sua eficácia quando utilizada sob a óptica do terapeuta ocupacional no tratamento da criança autista. Realizou-se levantamento bibliográfico a respeito da abordagem e constatou-se que ela se caracteriza por uma série de interações espontâneas e criativas que ocorrem no chão, em que se encoraja a iniciativa da criança e seu comportamento intencional, buscando promover as habilidades fundamentais até o nível mais elevado que a criança consiga chegar por meio da brincadeira. Os achados nas pesquisas já realizadas com crianças autistas apontaram a eficácia da intervenção baseada no *Floortime*, além de diversos pontos comuns entre os princípios da abordagem e os princípios da Terapia Ocupacional, confirmando a possibilidade de uso do *Floortime* pelos terapeutas ocupacionais no atendimento junto a esta população.

Palavras-chave: *Autismo, Modelo DIR, Floortime.*

Floortime approach in the treatment of autistic child: possibilities for use by occupational therapists

Abstract: The interference caused by autism in the areas of occupation of an individual is extremely significant and it occurs mainly because of behaviors related to deficits in emotional, cognitive, motor, sensory and social interaction skills. In children, such behaviors are evident especially through play and the fixation on objects, and difficulty in symbolic-abstract thinking and sharing jokes, that is, a poor and stereotyped play, featuring a developmental delay. In order to stimulate and develop skills of autistic children and their social participation in typical pattern, Occupational Therapy uses different models and approaches to achieve its goals. This study aimed to describe the basic principles of a promising model - DIR (Developmental, Individual-difference, Relationship-based), and its main approach - the Floortime, to discuss its effectiveness when used from the perspective of Occupational Therapy in the treatment of autistic children. We carried out a literature search on this approach and found that it is characterized by a series of creative and spontaneous interactions that occur on the floor, which encourages the initiative of children and their intentional behavior, trying to promote the fundamental skills to the highest level possible that the child can reach through play. The present findings indicate the effectiveness of Floortime in previous studies with autistic children

and several common points between the principles of the approach and those of Occupational Therapy, confirming the possibility of Floortime use by occupational therapists in the care for this population.

Keywords: *Autism, DIR Model, Floortime.*

1 Introdução

O autismo é um distúrbio de desenvolvimento diagnosticado até os três anos de idade cujas etiologias são múltiplas e diversas; sua interferência nas áreas de ocupação é extremamente significativa e deve-se principalmente a comportamentos relacionados a déficit na interação social, na linguagem e nas habilidades emocionais, cognitivas, motoras e sensoriais (AMERICAN..., 1995). Pesquisas recentes demonstram o aumento significativo de diagnósticos de autismo em todo o mundo (um indivíduo a cada mil nascidos é autista e cerca de quatro indivíduos a cada mil nascidos apresentam espectro autista) e com isso a crescente necessidade de programas e serviços que atendam essa população, objetivando diminuir suas dificuldades e potencializar suas capacidades para, assim, promover o desempenho funcional dos autistas em seus papéis ocupacionais (CASE-SMITH; ABERSMAN, 2008).

Segundo a *American Occupational Therapy Association* (2009), esse comportamento autista afeta, entre outros aspectos, a capacidade de o indivíduo dar sentido ao mundo que o rodeia e participar de atividades do cotidiano como, por exemplo: interagir com outras pessoas, executar tarefas relacionadas à educação, obter e manter um emprego e envolver-se em eventos da comunidade. Portanto, além de comprometimento nas áreas de participação social, educação e do trabalho, o autista apresenta dificuldades nas áreas de Atividades da Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e brincar.

Entendendo a criança como um indivíduo que tem como principal papel ocupacional o de brincador, pode-se observar o impacto que o autismo causa no desempenho desse papel. A limitação na interpretação dos sinais do ambiente somada às dificuldades de interação social levam o autista a apresentar restrições da criatividade na brincadeira, tornando-a repetitiva; além de dificuldades em seu planejamento motor, já que não troca experiências nem ideias com outras crianças; na imitação, interferindo na aprendizagem de ações simples e complexas; e no desenvolvimento de mecanismos de *feedback* interno, por evitar situações que explorem sua percepção sensorial (TRECKER, 2001).

Além disso, a criança autista apresenta o brincar limitado, com falta de atenção, pois ainda que às vezes ela explore o ambiente que a cerca, o faz com a finalidade de se fixar em objetos, de manipulá-los, sem nenhuma atividade construtiva real, pois sua capacidade para pensamento abstrato-simbólico está diminuída. Mesmo que ela reconheça os objetos em seu aspecto formal, que os acolha e os encontre facilmente, eles não têm um valor social significativo para ela, tornando o brincar pobre e estereotipado (GREENSPAN; WIEDER, 2006).

Blank et al. (2005) destacam ainda que a criança autista, quando comparada a uma criança de desenvolvimento típico, apresenta dificuldades com a regulação de atividade, se engaja principalmente em comportamentos sensorio-motores e praticamente não apresenta brincar simbólico. Martins (2009) ressalta que há quem se prenda à ideia de que no autismo a brincadeira está ausente ou, quando está presente, ocorre de forma bizarra, trazendo consigo o peso de sua designação e, muitas vezes, relacionada a movimentos estereotipados.

Considerando o atual aumento do número de pessoas diagnosticadas com autismo e a necessidade de elas desenvolverem habilidades que lhes permitam exercer na sociedade papéis de estudante, membro de família, trabalhadores, entre outros, Case-Smith e Abersman (2008) apontam o terapeuta ocupacional como o profissional da saúde apto a intervir junto a essa população, estimulando e promovendo suas habilidades e sua participação social de forma típica. A autora refere que com crianças autistas mais jovens o terapeuta ocupacional objetivará aprimorar o processamento sensorial da criança, seu desempenho sensorio motor, seu comportamento social, autocuidado e sua participação no brincar; enquanto com a criança autista mais velha ou no adolescente autista a terapia visará o comportamento social adequado, a transição para o trabalho e a independência na comunidade. Para isso, esse profissional serve-se de diversas abordagens de intervenção, destacando-se o promissor modelo DIR (Developmental, Individual Difference Relationship-Based) e, dentro dele, sua principal abordagem: o *Floortime* (TRECKER, 2001).

O objetivo desta revisão de literatura foi descrever os aspectos básicos do modelo DIR e de sua principal

abordagem, o *Floortime*, levantando estudos que comprovem sua eficácia, bem como apontar as possibilidades de seu uso por terapeutas ocupacionais.

2 Metodologia

Com o objetivo de contextualizar, descrever e analisar a bibliografia referente à abordagem *Floortime*, optou-se por uma revisão de literatura com análise de dados de pesquisa (STEWART, 2004), em que foram identificadas e sintetizadas as principais evidências relacionadas ao modelo DIR e ao *Floortime*, a fim de discutir sua possibilidade de uso pelo terapeuta ocupacional. Para isso foram levantados dados em acervo bibliográfico da Universidade Federal do Paraná, acervos bibliográficos pessoais, além de publicações nas bases de dados: Medline, LilaCs, Scielo e Bireme, entre os anos de 1995 e 2010. Os descritores utilizados foram: Autismo, *Autism*, *Floortime*, *DIR Model* e *Occupational Therapy*. Foram utilizadas ainda informações presentes em site oficial dos pesquisadores que criaram tal modelo e abordagem, e publicações encontradas através das referências dos primeiros artigos.

Após o levantamento de tais materiais, foram selecionadas seis publicações referentes a pesquisas feitas com crianças autistas em tratamento com o *Floortime*, para se comprovar sua eficácia. Tal seleção teve como critérios de inclusão: (a) pesquisas realizadas com o *Floortime*; (b) publicações no período de 1997 a 2010; e (c) idiomas inglês e português. Os critérios de exclusão foram: (a) publicações que eram apenas revisões de literatura, sem pesquisas descritas; e (b) publicações que se referiam a outros tipos de abordagens com crianças autistas.

3 Modelo DIR de intervenção

No início dos anos 1990, o renomado psiquiatra infantil dr. Greenspan observou a necessidade de uma mudança de paradigma referente à forma como se avaliavam as crianças com necessidades especiais, seu desenvolvimento e seu processo terapêutico, ressaltando a necessidade de ajudar essas crianças a atingirem seu potencial pleno. Para isso, afirmou que (BREINBAUER, 2006):

(1) Todas as crianças com transtorno de desenvolvimento, independentemente do diagnóstico, têm um perfil único, de forças e fraquezas, relações familiares e possibilidade de desenvolvimento de habilidades funcionais; tal perfil é que deve direcionar o tratamento;

- (2) No processo de aquisição de novas competências, o afeto e as emoções têm papel fundamental, sendo importante também na intenção comunicativa e desenvolvimento de habilidades cognitivas, que permitem o acesso às ideias simbólicas e lógicas;
- (3) Há necessidade do entendimento de que o desenvolvimento das crianças integra as áreas tradicionais (linguagem, cognitivo, motor e socioemocional) num processo evolutivo que permite que haja a interação social intencional, através de demonstrações de afeto e emoções e relato de dificuldades e pensamentos;
- (4) Há necessidade de uma equipe multidisciplinar para tratar as crianças num todo, ou seja, diversas especialidades profissionais e famílias juntas para abordar a criança de forma plena;
- (5) Os pais são os indivíduos que melhor conhecem seus filhos, convivendo com eles diariamente, e por isso são oportunidade para a intervenção intensiva, em casa.

Com base nessas observações, após anos de pesquisas voltadas para a importância das relações interpessoais no desenvolvimento da criança, Stanley Greenspan juntamente com Serena Wieder criaram o modelo de intervenção *Developmental, Individual Difference, Relationship-Based* (DIR), que permite ao terapeuta ou à família entrar no mundo próprio da criança autista, levá-la a um mundo compartilhado e, a partir daí, fazê-la interagir com o mundo real, adquirindo bases para seu desenvolvimento social, emocional e intelectual (INTERDISCIPLINARY..., 2010).

Esse modelo é fundamentado por três elementos chave, como o próprio nome revela: O “D” vem de desenvolvimento e remete à evolução da criança por etapas graduais que a ajudam a gerar capacidades para envolver-se e relacionar-se com os outros; o “I”, que vem de diferenças Individuais, refere-se às características biológicas, que a criança recebe, regula e responde e que a fazem compreender sensações como o som e o tato, por exemplo; e o “R” advém de bases de Relações, que apontam os relacionamentos como fonte de aprendizado das crianças, afetando diretamente sua capacidade de desenvolvimento (INTERDISCIPLINARY..., 2010).

O DIR tem como visão central as interações interpessoais precoces, cruciais para o desenvolvimento saudável do cérebro e, conseqüentemente, das habilidades de processamento sensorial, planejamento motor e de interações sociais. Ele entende a criança como um ser único e, na sua individualidade,

busca construir as bases para que a criança possa pensar, se comunicar e se relacionar, apesar de suas limitações. Nele, observam-se como aspectos fundamentais: a comunicação espontânea entre o indivíduo e a criança autista e a nutrição de relacionamentos alegres e agradáveis (SURFAS, 2004; INTERDISCIPLINARY..., 2010; GREENSPAN; WIEDER, 2006).

A primeira meta a ser atingida através do modelo é de que a criança seja capaz de ter consciência de si mesma, se desenvolva cognitivamente, desenvolva linguagem e as capacidades sociais básicas, passando por seis níveis de desenvolvimento. São eles:

- (1) Atenção e Regulação, em que se estabelece o contato visual, o sorriso e os sons com a boca, visando-se uma interação social;
- (2) Envolvimento, em que a criança começa a demonstrar interesse e confiança na outra pessoa, respondendo melhor ao toque e aos sons e procurando estímulos sensoriais, sendo ainda capaz de se recuperar de problemas emocionais quando apoiado pelo outro;
- (3) Duas Vias de Comunicação, em que a criança responde aos gestos, começando a demonstrar emoções como: prazer, revolta e curiosidade;
- (4) Solução de Problemas Complexos e Comunicação, em que a criança já entende a intenção do outro e começa a se comunicar, seja através de gestos, verbalizações ou movimentos no espaço;
- (5) Formação Emocional de ideias; e
- (6) Construção Lógica de uma ponte entre as ideias, em que em ambas fases a criança envolve temas nas brincadeiras, comunica seus desejos e se comunica, podendo até desenvolver habilidades para resolver problemas sociais durante a interação (SURFAS, 2004; INTERDISCIPLINARY..., 2010).

Outras metas são também buscadas e por isso tal modelo pode ser conceituado como uma pirâmide, onde cada componente está construído sobre o outro. Na base dessa pirâmide encontra-se a proteção fornecida pela família, a estabilidade, o suporte para relacionamentos e os padrões familiares que as crianças necessitam para seu desenvolvimento, incluindo a proteção física e a segurança. No segundo nível estão os relacionamentos contínuos e consistentes, que as crianças necessitam para adquirir competência emocional e cognitiva, pois a regulação desses relacionamentos ajuda as crianças a manter o prazer na intimidade e uma segurança

e atenção que permitem novos aprendizados para seu desenvolvimento. E é no terceiro nível da pirâmide que se encontram as abordagens que devem ser utilizadas com as crianças, pelos terapeutas ocupacionais e principalmente pelos pais, em casa, visto o tempo que passam com ela. Nesse nível encontram-se o (a) *Floortime*, em que se busca encorajar a iniciativa da criança e o comportamento intencional através de atividades que ocorrem no chão, o (b) *Peer-Play*, em que são realizados jogos e brincadeiras em pares, para estimular a integração da criança e a comunicação e o (c) *Problem-Solving Interactions*, que abrange interações semiestruturadas de solução de problemas para se adquirir novas habilidades e conceitos (GREENSPAN; WIEDER, 2006; LAMPREIA, 2007).

3.1 Abordagem *Floortime*

A abordagem *Floortime* encontra-se dentro do modelo DIR como principal estratégia para sistematizar a brincadeira com a criança e proporcionar a progressão dela sobre as etapas do desenvolvimento. Essa abordagem é baseada na ideia de que a emoção é fundamental para o crescimento do cérebro e evolução mental e que tal desenvolvimento é conseguido através de interações (brincadeiras) no chão (BREINBAUER, 2006; GREENSPAN; WIEDER, 2006). Sua importância é tão grande no modelo DIR que seus criadores o definem como: “[...] o centro do modelo DIR de desenvolvimento. Ele está no coração da casa e pode ser tecido em muitas partes do programa.” (INTERDISCIPLINARY..., 2010).

O *Floortime* foi criado com o objetivo de aumentar a socialização, melhorar a linguagem e diminuir os comportamentos repetitivos das crianças com transtornos, inclusive os autistas, bem como facilitar a compreensão das crianças e de suas famílias, identificando, sistematizando e integrando as funções essenciais às capacidades de desenvolvimento (GREENSPAN; WIEDER, 1997). Ele é uma abordagem que pode ser utilizada por profissionais como o terapeuta ocupacional e/ou familiares capacitados – devido ao maior tempo com a criança, na qual não existe certo ou errado no brincar mas uma interação em que ambos os lados sempre aprendem (GREENSPAN; WIEDER, 2006). Trata-se de uma abordagem que é considerada uma técnica específica, em que o adulto interage com a criança no chão através do brincar e como uma filosofia geral que caracteriza toda interação diária da criança (GREENSPAN; WIEDER, 2006). Uma abordagem que ocorre por

meio de intercâmbios espontâneos entre a criança e o adulto (profissional ou familiar capacitado), visando encorajar a iniciativa da criança, o comportamento intencional e aprimorar seu engajamento e sua atenção mútua (INTERDISCIPLINARY..., 2010; LAMPREIA, 2007).

As principais metas do *Floortime* são: (1) Adentrar o mundo da criança através do brincar, seguindo seu exemplo e estimulando sua iniciativa e (2) Trazer a criança para um mundo compartilhado, fazendo com que isso seja prazeroso para ela. E, para isso, conta com um processo terapêutico baseado em cinco etapas: (a) Avaliação/Observação, em que se busca averiguar a forma com que a criança brinca e a fase do brincar em que ela se encontra, a fim de desenvolver a melhor forma de abordá-la em seu mundo; (b) Abordagem – Círculos abertos de Comunicação, em que, utilizando gestos ou palavra, estabelecem-se as primeiras interações comunicativas com a criança, buscando iniciar um vínculo; (c) Seguir a iniciativa da criança ao brincar, adentrando seu mundo para interagir com ela e dando significado à brincadeira por ela escolhida, uma vez que a vontade dela é a porta de entrada para sua vida emocional e intelectual; (d) Alargar e expandir a brincadeira gradativamente, estimulando habilidades, das menos complexas para as mais complexas, e ajudando a criança a expressar suas ideias, considerando-se que ao adentrar o mundo dela pode-se criar uma série de oportunidades para ajudá-la a desenvolver-se e a avançar os níveis de relacionamento, comunicação e pensamento; e (e) Fechar os ciclos de comunicação, valorizando a comunicação recíproca (INTERDISCIPLINARY..., 2010; GREENSPAN; WIEDER, 2006; BREINBAUER, 2006).

A intervenção através do *Floortime* tem como primeiro objetivo tornar a criança capaz de se ver como interativa, portadora de linguagem social e de capacidades cognitivas desenvolvidas a partir de sua própria intenção, ou seja, fazer com que ela passe a se ver como um ser intencional que é capaz de, por meio de sua vontade, estabelecer contatos sociais. Em seguida objetiva-se progredir por seis fases funcionais e emocionais, conforme a tabela (Tabela 1) de desenvolvimento normal:

Os recursos utilizados nas sessões de *Floortime* resumem-se na utilização do *self* do terapeuta ou dos familiares, em que se busca expressar os sentimentos e emoções através de alterações no tom de voz, expressões faciais e contatos visuais, e seu raciocínio clínico, seguindo o exemplo/iniciativa da criança e dando significado às brincadeiras escolhidas por ela e, simultaneamente ao fato – o que seguindo os pais

é a parte mais difícil da abordagem, e os brinquedos ou recursos materiais presentes no local naquele determinado momento, sendo que quase todos os objetos podem ser utilizados nos diversos locais, como o carrinho de compras no supermercado, por exemplo (GREENSPAN; WIEDER, 2006).

Para alcançar os objetivos propostos pela abordagem é necessário que o terapeuta ocupacional ou os familiares da criança atentem para alguns fatores que parecem simples mas que acabam influenciando na efetividade do *Floortime*. Entre eles, a importância de identificar previamente os momentos do dia bons para a criança, nos quais se possa realizar a sessão, para fazer com que ela seja assimilada como algo prazeroso. Além disso, deve-se atentar para o local em que a sessão é realizada, optando-se por um local seguro, no qual não a atividade se possa ser interrompida; e para a duração da sessão, que deve perdurar por aproximadamente 20 minutos. E, por fim, é importante destacar que a sessão deve sempre ser divertida para a criança, proporcionando-lhe momentos e experiências agradáveis (BREINBAUER, 2006).

O *Floortime* foi desenvolvido por Greenspan como uma abordagem que pode ser utilizada não apenas pelos profissionais habilitados, mas também pelos pais e família da criança, quando devidamente capacitados, considerando o tempo que os mesmos têm com a criança e os ganhos que se têm quando a família se torna ativa no tratamento. Por isso, o *Floortime* pode ser desenvolvido “a toda hora, em todo lugar”; sendo recomendado que ele seja realizado oito ou mais vezes no dia, tendo cada sessão, no máximo, 20 minutos. Ele pode ser realizado no carro, através de músicas e jogos sonoros; pode ser realizado no banho com brinquedos na água; no quintal, no supermercado, enfim, em diversos

Tabela 1. Objetivos do desenvolvimento da criança.

1ª Fase
Autorregulação e Atenção compartilhada – Interesse no mundo
2ª Fase
Engajar-se e Relacionar-se
3ª Fase
Comunicação recíproca intencional
4ª Fase
Resolução de problemas de comunicação complexos
5ª Fase
Criação e Elaboração de símbolos/ideias
6ª Fase
Construindo pontes entre os símbolos/ideias

locais, basta que os pais estejam aptos a desenvolver tais práticas.

3.2 *Floortime*: eficácia comprovada por pesquisas

Apesar do *Floortime* ser uma abordagem criada recentemente, já foram desenvolvidas algumas pesquisas utilizando-a como base do tratamento. As principais publicações serão aqui relatadas, com o objetivo de demonstrar a eficácia dessa abordagem junto à população autista infantil. Entre as diversas publicações foram selecionadas: (1) a primeira pesquisa do dr. Greenspan e dra. Wieder, publicada em 1997, com 200 crianças autistas; (2) outra pesquisa dos criadores do *Floortime*, com 16 crianças autistas e respectivas famílias, pelo período de 10-15 anos; (3) a pesquisa da dra. Wieder e do dr. Greenspan (2003) com um menino em tratamento com *Floortime* por quatro anos; (4) a pesquisa de Sollomon et al. (2007) referente a um programa de treinamento de pais, para capacitá-los a utilizar o *Floortime*; (5) pesquisa de Silva et al. (2003) referente a 12 crianças autistas participantes de um Programa de Estudo e Intervenção nas Perturbações da Relação e da Comunicação; e (6) pesquisa de Hilton e Seal (2007) referente a dois gêmeos autistas tratados cada um com uma abordagem diferente, uma delas o *Floortime*. A Tabela 2 apresenta um resumo das pesquisas realizadas com a abordagem *Floortime*.

4 Discussão

O objetivo deste trabalho foi discutir a eficácia do *Floortime* no tratamento de crianças autistas, pontuando e justificando a possibilidade de uso dessa abordagem pelo terapeuta ocupacional. Para isso, fez-se uma seleção de seis artigos referentes ao tema, a fim de nortear e embasar cientificamente tal discussão.

Nos artigos selecionados pôde-se notar que o relato da eficácia do *Floortime* é respaldado em diferentes aspectos da abordagem, como as evoluções conseguidas no âmbito da socialização descritos por Greenspan e Wieder em 2003 e em 2005, ou as evoluções adquiridas nos aspectos da linguagem referidas principalmente por Silva et al. (2003) e Hilton e Seal (2007). Além disso, têm-se também os aspectos básicos encontrados em todas essas publicações, tidos como princípios da abordagem que garantem a efetividade do *Floortime*, como a melhora nas interações das crianças com as pessoas. Notou-se que diferentes aspectos levantados nos artigos selecionados apresentam pontos comuns com

princípios da Terapia Ocupacional, demonstrando uma inter-relação existente mas que jamais foi estudada ou relatada.

O principal desses pontos comuns é o brincar como alicerce do desenvolvimento infantil, uma vez que o *Floortime* refere como base de sua prática as interações espontâneas que ocorrem durante brincadeiras, reconhecendo que a evolução no desenvolvimento é maior quando acontece de forma concomitante a uma atividade prazerosa para a criança e potencializando assim a efetividade do tratamento. Greenspan e Wieder (2005) relatam que a criança gosta de quem faz o que ela gosta, ou seja, que a atividade de brincar além de ser terapêutica carrega consigo o interesse da criança e seu engajamento no atendimento.

O terapeuta ocupacional, por sua vez, entende o brincar de forma ampla e complexa, como atividade fundamental no desenvolvimento infantil. Sua importância é tão grande para essa ciência que o brincar é classificado como uma das oito áreas de ocupação humana necessárias no processo de desenvolvimento, engajamento social e promoção de saúde do indivíduo (AMERICAN..., 2008). Considera-se o brincador um papel ocupacional responsável pela aquisição de habilidades essenciais para a realização de papéis ocupacionais futuros, ou seja, ser um brincador é um papel pelo qual todo indivíduo deve passar para evoluir e adquirir requisitos necessários para suas atividades posteriores (HEARD, 1977 apud PARHAM; FAZIO, 2002). Além disso, para o terapeuta ocupacional, o brincar é considerado um dos principais recursos para desenvolver capacidades motoras, cognitivas, sociais e de autoassistência essenciais da criança, justificando-se como um meio para um fim (PARHAM; PRIMEAU, 2002).

Trecker (2001) aponta o brincar como vetor que permite identificar a fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, pois segundo a autora crianças com atraso no desenvolvimento demonstram suas inabilidades principalmente nessa atividade. O modelo DIR, em que o *Floortime* está inserido, considera como passo inicial do tratamento a identificação da fase de desenvolvimento em que a criança autista se encontra e por isso uma classificação própria a partir do brincar foi desenvolvida, já demonstrada na Tabela 1 (INTERDISCIPLINARY..., 2010).

Observa-se a eficácia da abordagem na aquisição do brincar simbólico para a criança autista, que é de suma importância para o desenvolvimento cognitivo sob a perspectiva do terapeuta ocupacional, pois é ele que estimula o imaginário infantil e fornece sustentação para os pensamentos abstratos futuros

Tabela 2. Resumo das pesquisas com a abordagem *Floortime*.

AUTOR/ANO	TÍTULO	PRINCIPAIS ACHADOS
Greenspan e Wieder (1997)	Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communication: A chart review of 200 cases of children with autism spectrum diagnoses	Observou-se que, quando devidamente estimuladas, as crianças autistas podem demonstrar empatia, reciprocidade de sentimentos, ter pensamentos criativos e ótimo relacionamento com seus colegas; A abordagem mais indicada para se alcançar tais resultados era o promissor <i>Floortime</i> .
Greenspan e Wieder (2005)	Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental, individual-difference, relationship-based (DIR) approach.	Identificou-se a possibilidade da continuidade do progresso para o desenvolvimento emocional e educacional de autistas por meio do <i>Floortime</i> em adolescentes.
Wieder e Greenspan (2003)	Climbing the symbolic ladder in the dir model through Floortime / interactive play.	Comprovou-se a eficácia do <i>Floortime</i> como abordagem de intervenção que permite à criança aprender a construir relações interativas e relacionamentos demonstrando afeto, adquirir estruturas básicas para alcançar níveis mais elevados em seu desenvolvimento e estabelecer bases para o pensamento abstrato que são necessárias para o estabelecimento do pensamento lógico.
Sollomon et al. (2007)	Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program	Notou-se a relação entre a evolução das crianças e a quantidade de horas de intervenção diária. Observou-se que a criança autista irá gostar de quem faz o que ela gosta, ou seja, usa seus interesses como base da interação.
SILVA et al. (2003)	Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação baseado no modelo DIR	Destacou-se a dificuldade de mensurar os resultados pela falta de instrumentos adequados, porém que a adesão ao tratamento e a sua impressão clínica sugerem fortemente a utilidade dessa forma de intervenção em que se conjugam três abordagens (<i>Floortime</i> , Integração Sensorial e Terapia da Fala). Destacou-se que o <i>Floortime</i> e o modelo DIR constituem atualmente a resposta mais adaptada à prática clínica com bebês e crianças pequenas com perturbações na comunicação e da relação.
Hilton e Seal (2007)	Brief Report: Comparative ABA and DIR Trials in Twin Brothers with Autism	Foram apontados pontos negativos e positivos de ambos programas (ABA e DIR), destacando-se como pontos positivos do DIR a melhora na reciprocidade e no comportamento simbólico da criança cuja intervenção foi direcionada por essa abordagem e, como pontos negativos, a não evolução nos meios de comunicação vocais e na socialização socioafetiva. Ao fim da pesquisa, ponderados os ganhos e as perdas, relatou-se a escolha feita pela família do DIR como base de intervenção para as duas crianças

(TRECKER, 2001). Wieder e Greenspan (2003) pontuam que o brincar simbólico é a base para que a criança possa diferenciar os seus próprios sentimentos e os dos outros, além de ele fornecer o alicerce para o pensamento abstrato; para esses autores, é o brincar simbólico que introduz a criança autista a um mundo em que os símbolos e as imagens refletem a realidade. Hilton e Seal (2007), por sua vez, demonstram que os comportamentos simbólicos são de difícil aquisição para a criança autista, mas que o *Floortime* é a melhor abordagem, quando comparada a outras abordagens terapêuticas, para se trabalhar esse quesito devido à possibilidade de estimulação do brincar simbólico.

Outro importante ponto comum encontrado entre os princípios do *Floortime* e da Terapia Ocupacional é a valorização da parceria com a família da criança durante o tratamento. Greenspan e Wieder (1997), em sua primeira pesquisa, já pontuavam a importância do engajamento da família no tratamento da criança, requerendo que ela realizasse cerca de seis sessões diárias de 10 a 20 minutos de *Floortime* com o filho em casa. Sollomon et al. (2007) referem que os pais são agentes fundamentais no processo, pois passam a maior parte do tempo com a criança, e que quanto mais eles estimularem o filho em casa, maior e de melhor qualidade será sua evolução; Silva et al. (2003), por sua vez, caracterizam a família como uma rede social responsável pela integração dos vários subsistemas nos quais a criança está inserida.

Já para o terapeuta ocupacional a participação ativa da família no tratamento da criança é um aspecto que apresenta crescente importância nos últimos anos. Humphry e Case-Smith (2005) apontam que as atividades desenvolvidas pelas crianças durante sua infância dependem da cultura em que estão inseridas, sendo a família sua principal influência nesse processo, ou seja, as atividades significativas para as crianças estão diretamente ligadas ao cotidiano e aos valores de sua família e por isso é imprescindível ao terapeuta ocupacional entender as influências que essa família exerce na rotina da criança e usá-la a favor do processo terapêutico. Além disso, Humphry e Case-Smith (2005) apontam ainda a família como responsável pelo conjunto mais duradouro de relacionamentos durante toda a vida dessa criança, decorrendo daí sua importância no desenvolvimento das relações sociais dela.

Lammi e Law (2003), Darrah, Law e Pollock (2001) e Coelho e Rezende (2007), por sua vez, referem uma abordagem que está sendo desenvolvida e utilizada pelos terapeutas ocupacionais, chamada Abordagem Funcional Centrada na Família,

dada a importância que essa tem na promoção do desenvolvimento das crianças. Tal abordagem tem como objetivo a realização satisfatória das tarefas funcionais identificadas pela família como importantes para a criança. Quanto à eficácia da promoção da participação da família no processo terapêutico da criança, Silva et al. (2003) destacam que ela está ligada concomitantemente às técnicas de orientação familiar utilizadas pelo terapeuta ocupacional e à sua capacidade de reconhecer as condições emocionais da família desde o primeiro momento, sendo esse profissional o mediador mais habilitado a orientar e fazer essa ponte entre a família e a criança, como no *Floortime*.

A estimulação da autonomia da criança autista é outro ponto comum entre o *Floortime* e a Terapia Ocupacional. As publicações escolhidas referentes ao *Floortime* relatam as interações em que se estimula a liderança da criança, ou seja, sua autonomia, visto que isso é um dos princípios básicos do modelo DIR. Já Ferland (2009) relata que o terapeuta ocupacional entende a autonomia de forma distinta da independência, sendo autônomo o indivíduo que é suficientemente confiante para decidir, escolher e tomar iniciativas; e que tal capacidade deve ser estimulada visando que a criança encontre ao máximo por si só as soluções para suas dificuldades, utilizando seus recursos pessoais; independentemente de sua condição de saúde.

Além dos pontos comuns com a Terapia Ocupacional, os artigos selecionados apontaram diversos pontos positivos relacionados ao uso do *Floortime* no tratamento da criança autista, entre eles os principais são: melhora na autonomia; melhora nas relações sociais; evolução na qualidade do brincar (exploração do brinquedo e do ambiente, resolução de problemas) e, conseqüentemente, evolução no desenvolvimento infantil perpassando as etapas classificadas pelos criadores da abordagem (GREENSPAN; WIEDER, 1997, 2005; WIEDER; GREENSPAN, 2003).

Porém foram encontrados também aspectos negativos que devem ser aprimorados na abordagem, como a dificuldade de estabelecer e desenvolver comunicações vocais com as crianças, principalmente quando se utiliza apenas o *Floortime* como abordagem de intervenção, sem associá-lo a nenhuma outra abordagem (HILTON; SEAL, 2007), e/ou as dificuldades inerentes à aplicação de um programa de intervenção intensiva para a família de cada uma dessas crianças, considerando-se o alto custo material e a grande demanda de disponibilidade e organização por parte da família (SOLLOMON et al., 2007). Cabe ressaltar que os pontos negativos levantados

foram relatados por pesquisadores que utilizam a abordagem mas que não são seus criadores, enquanto os autores responsáveis pela criação do *Floortime* apontaram apenas pontos positivos.

Foi possível observar uma escassez de publicação de pesquisas realizadas com o *Floortime*, principalmente no idioma português; supõe-se que isso decorra da fase inicial em que se encontra a abordagem, ou seja, por ser uma abordagem recente – criada nos anos 1990 –, que vem sendo aprimorada pela equipe criadora e por outros profissionais, pesquisas fidedignas e significativas que demonstram sua importância estão sendo realizadas.

Sob a perspectiva da Terapia Ocupacional nota-se a relevância do *Floortime* no tratamento da população autista infantil, percebendo-se a compatibilidade dos princípios e recursos da abordagem com os da profissão no atendimento dessas crianças; porém se percebe que o caminho para essa parceria é longo, fazendo-se necessário o aprofundamento desse estudo e a realização de pesquisas específicas da Terapia Ocupacional com o *Floortime*.

5 Conclusão

O autismo é um distúrbio de desenvolvimento que acarreta grande impacto nas ocupações humanas, principalmente nas atividades que envolvem interação social. Indivíduos autistas apresentam comportamentos deficitários característicos, com dificuldades na linguagem e nas habilidades emocionais, cognitivas, motoras e sensoriais; nas crianças autistas tal comportamento é evidenciado no brincar, pois elas demonstram dificuldades em explorar o brinquedo, em dar função a ele, dificuldade no pensamento abstrato-simbólico, nas partilhas de brincadeiras, entre outros; ou seja, apresentam um brincar pobre e estereotipado.

O *Floortime* é uma abordagem promissora que vem sendo desenvolvida desde os anos 1990 para o tratamento de crianças autistas; ele está inserido no modelo DIR e sua eficácia é comprovada por diversas pesquisas. Sua prática é baseada em interações espontâneas que ocorrem durante o brincar, visando estimular a iniciativa da criança e seu comportamento intencional, buscando promover as habilidades fundamentais até o nível mais elevado a que a criança conseguir chegar por meio da brincadeira.

Diversos aspectos que caracterizam o *Floortime* são compatíveis com os princípios da Terapia Ocupacional, como a utilização do brincar como ferramenta no processo terapêutico, por exemplo. E, por isso, acredita-se que tal abordagem pode ser

de grande valia quando utilizada pelos terapeutas ocupacionais no atendimento de crianças autistas.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. *DSM-IV*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: ArtMed, 1995.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: domain and process. *The American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 62, n. 6, p. 625-683, 2008. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.62.6.625>
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA. AOTA's Societal Statement in Autism Spectrum Disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*, Bethesda, v. 63, n. 6, p. 843-844, 2009. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.63.6.843>
- BLANK, R. et al. Dysregulation of pretend play and communication development in children with autism. *Autism*, London, v. 9, n. 3, p. 229-245, 2005. PMID:15937039. <http://dx.doi.org/10.1177/1362361305053253>
- BREINBAUER, C. Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, Peru, n. 11, 2006. Disponível em: <http://www.icdl.com/languages/icdl-en-espanol/ArticuloRevistaTrancisionesPeruCBreinbauer2006.pdf>. Acesso em 4 nov 2012.
- CASE-SMITH, J.; ABERSMAN, M. Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, Boston, v. 62, n. 4, p. 416-429, 2008. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.62.4.416>
- COELHO, Z. C.; REZENDE, M. B. Atraso no desenvolvimento. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: fundamentos e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 299-307.
- DARRAH, J.; LAW, M.; POLLOCK, N. Family-centered Functional Therapy: a choice for children with motor dysfunction. *Infants and Young Children*, Philadelphia, v. 13, n. 4, p. 79-87, 2001. <http://dx.doi.org/10.1097/00001163-200113040-00014>
- FERLAND, F. *Além da deficiência física ou intelectual: um filho a ser descoberto*. Londrina: Lazer & Sport, 2009.
- GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S. Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communication: a chart review of 200 cases of children with autism spectrum diagnoses. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, New York, v. 1, n. 1, p. 87-141, 1997.
- GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S. Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative and reflective? A ten to fifteen year follow-up of a subgroup of children with autism spectrum disorders (ASD) who received a comprehensive developmental,

- Individual-difference, relationship-based (DIR) approach. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, New York, v. 9, p. 39-61, 2005.
- GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S. *Engaging autism: using floortime approach to help, children relate, communicate, and think*. Cambridge: Da Capo Press, 2006.
- HILTON, J. C.; SEAL, B. C. Brief report: comparative ABA and DIR Trials in Twin Brothers with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, New York, v. 37, n. 6, p. 1197-1201, 2007. PMID:17072747. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-006-0258-z>
- INTERDISCIPLINARY COUNCIL ON DEVELOPMENTAL AND LEARNING DISORDERS - ICDL. Bethesda. Disponível em: <www.icdl.com>. Acesso em: 27 abr. 2010.
- LAMPREIA, C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 1, p. 105-114, 2007.
- LAMMI, B. M.; LAW, M. The effects of Family-centered Functional Therapy on the occupational performance of children with cerebral paralysis. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Toronto, v. 10, n. 5, p. 285-297, 2003. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740307000505>
- MARTINS, A. D. F. *Crianças autistas em situação de brincadeira: apontamentos para as práticas educativas*. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2009. Disponível em: <<https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/2006/AUMBSLFWEMHJ.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2010.
- PARHAM, L. D.; PRIMEAU, L. A. Recreação e Terapia Ocupacional. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. *A Recreação na Terapia Ocupacional*. São Paulo: Livraria Santos, 2002. p. 2-20.
- PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. *A Recreação na Terapia Ocupacional*. São Paulo: Livraria Santos, 2002.
- SILVA, P. C. et al. Programa Clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo DIR. *Análise Psicológica*, Campinas, v. 21, n. 1, p. 31-39, 2003.
- SOLLOMON, R. et al. Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation program. *Autism*, London, v. 11, n. 3, p. 205-224, 2007. PMID:17478575. <http://dx.doi.org/10.1177/1362361307076842>
- STEWART, B. Writing a literature review. *British Journal of Occupational Therapy*, London, v. 67, n. 11, p. 495-500, 2004.
- SURFAS, S. The use of Developmental, Individual Difference, Relationship-Based "DIR" therapy with older students with severe developmental disabilities including autism. *The Journal of Developmental and Learning Disorders*, New York, v. 8, p. 65-78, 2004.
- TRECKER, A. Play and práxis in children with autism: observations and interventions strategies. In: MILLER-KUHANECK, H. *Autism: a comprehensive Occupational Therapy approach*. Maryland: Victor Graphics, 2001. p. 133-152.
- WIEDER, S.; GREENSPAN, S. I. Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floortime/interactive play. *Autism*, New York, v. 7, n. 4, p. 425-435, 2003.

Contribuição dos Autores

Luciana de Cássia Ribeiro: Responsável pela realização da revisão de literatura e redação do texto. Ana Amélia Cardoso: Responsável pela orientação no Trabalho de Conclusão de Curso e pela revisão do texto.