

O BRINCAR PARA A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Playing child with Autistic Spectrum Disorder (ASD): possibility of occupational therapy intervention

Jugando a un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA): posibilidad de intervención de terapia ocupacional

Geniele Severiano da Silva 
Universidade Federal da Paraíba.
Departamento de Terapia Ocupacional,
João Pessoa/PB, Brasil.

Flávia Regina Ribeiro Cavalcante

Buffone 
Universidade Federal da Paraíba.
Departamento de Terapia Ocupacional,
João Pessoa/PB, Brasil.

Silva, G. S. da, & Buffone, F. R. R. C. (2021). O brincar para a criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA): possibilidade de intervenção da Terapia Ocupacional. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 2(5), 188-203. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto36473.

Resumo

Introdução: O brincar é importante para o desenvolvimento saudável do ser brincante. Na criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) essa atividade encontra-se fragilizada em razão do desenvolvimento atípico e suas restrições de interação social. O brincar, além de ser considerada uma ocupação intrínseca da criança, vem sendo utilizado como ferramenta terapêutica com crianças com TEA, capaz de estimulá-las a interagirem com os pares, pois permite a construção do autoconhecimento e a aceitação da existência do outro, favorecendo o estabelecimento das relações emocionais e sociais. **Objetivo:** Investigar as contribuições do brincar como recurso terapêutico para o desenvolvimento da interação social de uma criança com TEA. **Método:** Estudo de caso observacional (antes e depois), do tipo descritivo e exploratório, com uma criança com diagnóstico de TEA. O procedimento do estudo se deu em três fases, denominadas como fase 1, 2 e 3. **Fase 1** – Aplicação dos protocolos Childhood Autism Rating Scale (CARS) e Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM); **Fase 2** – Intervenção (utilização do brincar enquanto recurso terapêutico) e preenchimento do Roteiro de observação; e **Fase 3** – Reavaliação por meio dos protocolos mencionados anteriormente. **Resultados e Discussão:** A criança apresentou evolução quanto a interagir com outras crianças, sair de parques, frequentar festas e compartilhar brinquedos, segundo a concepção da mãe. **Conclusão:** A partir dos resultados positivos obtidos neste estudo, sugere-se a realização de estudos de intervenção com metodologia adequada para confirmar a hipótese de que o brincar pode ser considerado um recurso eficaz na intervenção da Terapia Ocupacional em crianças com TEA.

Palavras-Chave: Brincar. Interação Social. Terapia Ocupacional. Transtorno do Espectro Autista.

Abstract

Playing is important for the healthy development of being playful. In children with Autistic Spectrum Disorder (ASD) this activity is weakened due to the atypical development and its restrictions on social interaction. Playing, in addition to being considered an intrinsic occupation of the child, has been used as a therapeutic tool with children with ASD, able to encourage them to interact with peers, since it allows the construction of self-knowledge and acceptance of the existence of the other, favoring the establishment of emotional and social relationships. **Objective:** To investigate the contributions of playing as a therapeutic resource for the development of social interaction in a child with ASD. **Method:** Observational case study (before and after), descriptive and exploratory, with a child diagnosed with ASD. The study procedure took place in three phases, called phases 1, 2 and 3. **Phase 1** - Application of the Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Canadian Occupational Performance Measure (COPM) protocols; **Phase 2** - Intervention (use of play as a therapeutic resource) and completion of the observation script; and **Phase 3** - Reassessment using the previously mentioned protocols. **Results and Discussion:** The child evolved in terms of interacting with other children, leaving parks, attending parties and sharing toys, according to the mother's conception. **Conclusion:** Based on the positive results obtained in this study, it is suggested to carry out intervention studies with adequate methodology to confirm the hypothesis that playing can be considered an effective resource in the intervention of Occupational Therapy in children with ASD.

Keywords: Play. Social interaction. Occupational therapy. Autistic Spectrum Disorder.

Resumen

Jugar es importante para el desarrollo saludable de la diversión. En los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) esta actividad se ve debilitada por el desarrollo atípico y sus restricciones en la interacción social. El juego, además de ser considerado una ocupación intrínseca del niño, se ha utilizado como una herramienta terapéutica con los niños con TEA, capaz de animarlos a interactuar con sus pares, ya que permite la construcción del autoconocimiento y la aceptación de la existencia del otro, favoreciendo la establecimiento de relaciones emocionales y sociales.

Objetivo: Investigar los aportes del juego como recurso terapéutico para el desarrollo de la interacción social en un niño con TEA. **Método:** Estudio de caso observacional (antes y después), descriptivo y exploratorio, con un niño diagnosticado con TEA. El procedimiento del estudio se llevó a cabo en tres fases, denominadas fases 1, 2 y 3. Fase 1 - Aplicación de los protocolos de la Escala de Calificación del Autismo Infantil (CARS) y la Medida de Desempeño Ocupacional de Canadá (COPM); Fase 2 - Intervención (uso del juego como recurso terapéutico) y finalización del guión de observación; y Fase 3 - Reevaluación utilizando los protocolos mencionados anteriormente. **Resultados y discusión:** El niño evolucionó en términos de interactuar con otros niños, salir de los parques, asistir a fiestas y compartir juguetes, según la concepción de la madre.

Conclusión: A partir de los resultados positivos obtenidos en este estudio, se sugiere realizar estudios de intervención con metodología adecuada para confirmar la hipótesis de que el juego puede considerarse un recurso eficaz en la intervención de Terapia Ocupacional en niños con TEA.

Palabras clave: Juego; Interacción social. Terapia Ocupacional. Trastorno del espectro autista.

1. Introdução

Segundo Ferland (2006), parece perigoso tentar enquadrar o brincar dentro de uma definição conceitual. Sabe-se que o brincar é um fenômeno universal, logo, restringi-lo com palavras chega a descaracterizá-lo. A autora supracitada visualiza o brincar como uma atitude subjetiva, que parte do espírito e da mente do participante. Porém, culturalmente, o brincar possui uma conotação de atividade livre e recreativa, que ao longo dos anos passou a ser reconhecido e caracterizado como instrumento terapêutico. Pode ser utilizado de modo estruturado na clínica ou no contexto hospitalar para a promoção e reabilitação da saúde, a fim de estimular e aprimorar distintos aspectos (motor, cognitivo, sensorial, social e emocional) do desenvolvimento infantil (Pfeifer *et al.*, 2016).

Os terapeutas ocupacionais Muñoz & Noiega (2016), caracterizam o brincar como a principal ocupação da infância. Segundo esta premissa, as intervenções de Terapia Ocupacional com crianças com prejuízo no neurodesenvolvimento, a exemplo do Transtorno do Espectro Autista (TEA), foco deste estudo, tendem a utilizar-se do lúdico para o despertar de habilidades necessárias para o desenvolvimento saudável do sujeito, bem como, a promoção de autonomia e independência nas ocupações do cotidiano.

O TEA é um transtorno que causa prejuízo funcional na vida dos indivíduos acometidos, caracterizado pela tríade diagnóstica: desordem do comportamento social, fragilidade na comunicação verbal e não verbal e presença de movimentos estereotipados, os déficits de interação social merecem destaque, entre eles, limitação no contato visual, dificuldade em interpretar gestos e expressões faciais, problema para iniciar e manter a comunicação verbal e não verbal e falha na empatia (American Psychiatric Association [APA], 2014; Goulart *et al.*, 2015).

Visto a fragilidade de habilidades sociais no TEA e o potencial do brincar destacado por Muñoz & Noiega (2016), torna-se perceptível a ligação íntima entre as temáticas, havendo repercussão do brincar na interação social. Durante o brincar as crianças se deparam com as trocas de turnos, tempo de espera, comunicação, brincar colaborativo e o compartilhamento de interesses e sentimentos.

Diante do exposto, o presente estudo busca elucidar o brincar enquanto conduta clínica, ocupação alvo de intervenção da Terapia Ocupacional, explanando de modo descritivo o trabalho desenvolvido com uma criança dentro do espectro autista, no qual o lúdico foi utilizado como meio de intervenção.

Em tempo, temos como objetivos investigar as contribuições do brincar como recurso terapêutico para o desenvolvimento da interação social de uma criança com TEA, identificar as dificuldades na interação social de uma criança com TEA e elucidar o brincar como meio de intervenção da Terapia Ocupacional em crianças com TEA.

2. Método

Trata-se de um estudo de intervenção, do tipo ensaio clínico não-controlado, de sujeito único, composto por uma criança de seis anos de idade, com diagnóstico de TEA sem deficiência intelectual ou síndrome associada, assistida pela terapeuta ocupacional da Clínica Escola de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba há pouco menos de seis meses, com sessões de 40 minutos, uma vez por semana.

Todo o procedimento de coleta de dados só aconteceu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o parecer de número 2.731.795, seguido da autorização da responsável pela criança, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A seleção do participante foi feita pela pesquisadora responsável em conjunto com a terapeuta ocupacional da Clínica Escola de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e se deu a partir dos seguintes critérios de elegibilidade:

- Ter recebido a primeira assistência terapêutica ocupacional na Clínica Escola de Terapia Ocupacional da UFPB;
- Poder ser acompanhada com sessões de Terapia Ocupacional uma vez por semana;
- Ter iniciado o acompanhamento na clínica escola de Terapia Ocupacional da UFPB há no máximo 6 meses;
- Não ter outras alterações diagnósticas além do TEA de acordo com laudo médico anexado ao prontuário;
- Ter um familiar de convivência diária com a criança como acompanhante;
- Ter como meta de intervenção ao menos uma habilidade relacionada à participação social presente na Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) aplicada pela terapeuta ocupacional no ato de admissão ao serviço.

Foram excluídas crianças com diagnóstico de deficiência intelectual ou síndromes não associadas ao TEA, identificadas através de laudo médico apresentado no ato de cadastramento do serviço e posteriormente anexado ao prontuário e crianças assistidas por mais de um serviço de Terapia Ocupacional. Ao final desse levantamento, apenas uma criança atendeu a todos os critérios de inclusão, que foi selecionada e convidada a participar do estudo.

Os instrumentos utilizados foram: a CARS (Childhood Autism Rating Scale), para confirmação do diagnóstico e grau de comprometimento do TEA da criança, a COPM utilizada para identificar as áreas-

problema no desempenho ocupacional da criança e medir as mudanças segundo a percepção da mãe sobre o desempenho ocupacional do filho e um Roteiro de Observação estruturado a partir dos objetivos específicos desta pesquisa.

- CARS (Childhood Autism Rating Scale): instrumento criado por Schopler *et al.* (1988), traduzido e validado no Brasil por Alexandra Marques Pereira em 2007. É utilizado para identificação de crianças com autismo. Sua relevância consiste em diferenciar o autismo em leve a moderado ou grave. A escala é destinada a todas as crianças com idade superior a 24 meses, considerada de fácil aplicabilidade, composta por 15 itens: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato; medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não-verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual; e impressões gerais, com escores que variam entre 1 (dentro dos limites de normalidade) a 4 (sintomas autistas). A pontuação total vai de 15 a 60 pontos, onde a pontuação entre 30 e 36 pontos considera indicação de autismo leve a moderado, acima de 37 pontos, autismo grave (Pereira, 2007).

- COPM (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional): instrumento criado por Law *et al.* (1990), traduzido para o português do Brasil por Silvia Gonçalves (1999) e validado em 2009 por Livia Magalhães, Lilian Magalhães e Ana Cardoso. É uma entrevista semiestruturada, utilizada por terapeutas ocupacionais, centrada no sujeito, a fim de ajudar o cliente (a partir dos sete anos de idade) ou seu responsável a identificar metas de tratamento e quantificá-las em relação à importância, qualidade do desempenho e grau de satisfação frente suas atividades do cotidiano (Caldas *et al.*, 2011). Mudança de dois ou mais pontos no desempenho e/ou na satisfação, é considerada clinicamente relevante. O instrumento é composto por 5 etapas:

I) Identificação de problemas/dificuldades no desempenho ocupacional - o sujeito irá mencionar/caracterizar as atividades do dia a dia que deseja realizar ou necessita realizar diante das três áreas de desempenho listadas: autocuidado (cuidados pessoais, mobilidade funcional e independência fora de casa), produtividade (trabalho, tarefas domésticas e brincar/escola) e lazer (recreação tranquila, recreação ativa e socialização);

II) O sujeito deverá classificar o grau de importância numa escala de 1 a 10 (1 = sem nenhuma importância; 10 = extremamente importante) de cada atividade listada no passo anterior;

III) O terapeuta ocupacional solicita que o cliente escolha até cinco problemas mais imediatos ou importantes listados na primeira etapa e classifique de 1 a 10 o seu nível de desempenho (1 = incapaz de fazer; 10 = capaz de fazer extremamente bem) e sua satisfação (1 = nada satisfeito; 10 = extremamente satisfeito) de cada atividade;

IV) Reavaliação;

V) Computação dos escores de mudança.

No caso de o cliente ser uma criança menor de 07 anos ou incapaz, seu responsável direto pode responder o protocolo. Ao final do protocolo encontram-se dois espaços destinados a observações, sendo um para a avaliação e outro para a reavaliação (Law *et al.*, 2009).

- Roteiro de Observação: elaborado pela pesquisadora, a partir dos objetivos do presente estudo, com a finalidade de guiar a observação das sessões de Terapia Ocupacional, que foram todas gravadas para fins de registro e permitir, assim, identificar a presença/ausência e evolução dos itens listados. O roteiro foi composto pelos seguintes itens:

I) Vínculo terapeuta paciente;

II) Interação social;

III) Comunicação;

IV) Compartilhar brinquedos e;

V) Função dos brinquedos.

O roteiro de observação auxiliou o acompanhamento da evolução da criança ao longo do tempo e da abordagem de referência de prática adotada pela terapeuta ocupacional do serviço.

Para sistematizar o estudo, a pesquisa foi dividida em 3 fases:

Fase 1: entrevista inicial – Foi realizada pela terapeuta ocupacional responsável pela pesquisa, em um único encontro, com a mãe da criança, que respondeu ao protocolo CARS e a COPM, essa última para confirmar ao menos uma habilidade relacionada à participação social como meta de intervenção.

Fase 2: intervenções de Terapia Ocupacional – Todas as intervenções com a criança foram realizadas pela terapeuta ocupacional do serviço, com mais de 15 anos de experiência no acompanhamento de crianças com alterações do desenvolvimento, com o auxílio de uma estagiária do último período do curso.

Foram idealizadas sete sessões de intervenção, planejadas de acordo com as possibilidades do calendário acadêmico do Campus I da UFPB e do serviço oferecido pela Clínica Escola de Terapia Ocupacional, porém, devido a duas faltas da criança, apenas cinco sessões aconteceram.

As intervenções ocorreram semanalmente, com exceção de duas que tiveram intervalo de 15 dias entre elas, por conta das faltas da criança, com duração média de 40 minutos cada. Todos os atendimentos da criança foram realizados em uma única sala da Clínica Escola, no espaço do brincar, com diversos recursos lúdicos. As intervenções foram baseadas no Modelo Lúdico de Francine Ferland, tendo o brincar

como fim, sem descartar a importância do brincar como meio de intervenção, objeto de estudo desta pesquisa e prática do serviço (Ferland, 2006).

As sessões de intervenção foram filmadas por meio de aparelho de celular, os vídeos foram transferidos e arquivados no computador da pesquisadora responsável após cada atendimento e analisados num intervalo máximo de 48 horas, para o preenchimento do Roteiro de Observação, que foi estruturado em arquivo digital.

Fase 3 (reavaliação) – Após as intervenções, um encontro foi agendado com a responsável pela criança, quando foi realizada a reaplicação dos protocolos (CARS e a COPM) para posterior análise e comparação dos resultados. Destaca-se que a mãe foi instruída e orientada pela pesquisadora para o preenchimento da CARS, enquanto a COPM foi aplicada através de entrevista, conforme determina o manual.

Após a finalização da coleta de dados, foi realizada a análise dos resultados e um comparativo do antes e o depois da criança, a partir dos dados obtidos nos protocolos aplicados nas fases 1 e 3 da pesquisa, como também a análise descritiva dos resultados com base no Roteiro de Avaliação utilizado para esta pesquisa.

3. Resultados

Participou do estudo uma criança com 6 anos de idade do sexo masculino, filho único, diagnosticado com TEA aos 4 anos a partir de sinais identificados na escola (isolamento da criança frente aos colegas de turma e atraso na linguagem) e posterior confirmação por médico especialista.

Seguindo o protocolo da CARS, o resultado da avaliação antes das intervenções realizadas para esta pesquisa mostrou que a criança estava no nível leve a moderado (34 pontos), quando o máximo são 36 pontos. Após as intervenções, o protocolo mostrou uma diminuição de 2,5 pontos, com resultado de 31,5. Esse resultado ainda classifica a criança com grau de autismo entre leve e moderado, porém mais próxima da extremidade mínima que é 30, o que pode sugerir uma minimização dos comprometimentos derivados do TEA.

Em relação aos itens de avaliação da CARS, houve melhora na resposta emocional, resposta às mudanças, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal e comunicação não-verbal. A variação de pontos em todas as categorias foi entre 0,5 e 1 a menos em todas elas (Tabela 1).

Tabela 1: Mudança positiva nas categorias da CARS.

Categoria	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Resposta emocional	2,5	2,0
Resposta a mudanças	3,0	2,0
Resposta e uso do paladar, olfato e tato	2,5	2,0
Medo ou nervosismo	2,5	2,0
Comunicação verbal	2,5	2,0
Comunicação não-verbal	3,0	2,0

Fonte: coleta de dados.

Não foram observadas mudanças nos itens: relações pessoais, imitação, uso corporal, resposta auditiva, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. No entanto, a criança apresentou regressão nos itens: uso de objetos e resposta visual. A variação de pontos em ambas as categorias foi de 1,5 a 0,5 a menos respectivamente.

Quanto à COPM, a mãe identificou como mais importante: tarefa da escola, interagir com outras crianças, sair de parques/playgrounds, frequentar festas e o banho. Em relação ao objeto deste estudo, optou-se por destacar três áreas-problemas da COPM, que tiveram resultados clinicamente relevantes quanto ao desempenho e satisfação das ocupações da criança na perspectiva da mãe: interagir com outras crianças, sair de parques (playgrounds) e frequentar festas (Tabela 02).

Tabela 02: Mudança no desempenho e na satisfação da COPM.

COPM	Desempenho			Satisfação			
	Área-problema no desempenho	Inicial	Final	Mudança	Inicial	Final	Mudança
Interagir com outras crianças		7	9	2	7	9	2
Sair de parques (playgrounds)		1	4	3	1	2	1
Frequentar festas		3	3	0	1	2	1

Fonte: coleta de dados.

Ao observamos a tabela 02, identificamos apenas as áreas-problema de desempenho ocupacional relacionadas à interação social. As áreas "interagir com outras crianças" e "sair de parques" obtiveram mudança clinicamente relevante tanto no desempenho quanto na satisfação.

É importante mencionar que no espaço reservado para observação (avaliação) na COPM a genitora deu detalhes sobre a dificuldade da criança em encerrar as brincadeiras e sair dos parques, a qual manifestava choro e irritabilidade, assim também ocorria no setting terapêutico ao finalizar as atividades e deixar os brinquedos da sala, porém a terapeuta ia dando previsibilidade a criança, informando-a quando se aproximava o término da sessão. A terapeuta instruiu a genitora como se portar com seu filho diante destas situações, logo a criança passou a sair da sala sem resistência, compreendendo que em outro momento retornaria àquele ambiente. Durante a reavaliação, a mãe destacou como observação a generalização do comportamento da criança em outros contextos, a qual passou a sair dos parquinhos sem manifestar comportamentos inadequados e interagir com outras crianças, porém ainda de forma discreta (contato visual e sorriso compartilhado).

A análise descritiva das intervenções da terapeuta ocupacional foi organizada a partir do protocolo de observação e orientada pelos objetivos deste estudo: identificar as dificuldades na interação social da criança; descrever o brincar enquanto recurso; reconhecer o brincar como meio de intervenção. Foram identificadas as dificuldades iniciais apresentadas pela criança, as atividades desenvolvidas durante as intervenções e as mudanças do comportamento da criança, especialmente no que tange a interação social.

Das 7 sessões de intervenção planejadas, a criança compareceu a 5, suas faltas foram justificadas por problemas de saúde. As intervenções tiveram como princípio a interação da criança com a terapeuta ocupacional e estagiária, o engajamento nas brincadeiras, além do compartilhar e usar o brinquedo com funcionalidade e dentro do contexto.

A atividade do brincar foi utilizada como meio e fim nela mesma, as terapeutas (terapeuta ocupacional e estagiária) buscaram conciliar as necessidades da criança com os recursos e atividades propostas. O contexto lúdico apareceu em todos os encontros.

Quadro 01: Apresentação dos resultados do protocolo de observação.

Área observada	Sessão inicial	Sessão final
Vínculo Terapeuta-paciente	Não interage	Interage com terapeuta e estagiária
Interação Social	1 minuto de interação	3 minutos de interação
Comunicação	Não verbal (bate palmas e sorri)	Nomeação de objetos
Compartilhar Brinquedos	Não compartilha	Compartilhamento espontâneo de diferentes brinquedos e em variadas situações
Função do Brinquedo	Dificuldade em atribuir função aos brinquedos ofertados e utilizá-los dentro do contexto	Cinco funções ao mesmo brinquedo

Fonte: coleta de dados.

O quadro acima apresenta a síntese dos resultados que serão descritos em detalhes a seguir. Na primeira sessão, observou-se que a criança tinha um comportamento mais agitado, apresentando dificuldade em estabelecer vínculo e interagir com a terapeuta ocupacional e com sua estagiária, além de apresentar comportamento de isolamento e dificuldade de estabelecer comunicação. Apesar desses comportamentos iniciais, ainda nas sessões subsequentes, o interesse da criança pelos brinquedos e objetos disponíveis na sala gerou aproximação e consolidação, gradativa, da formação de vínculo com as terapeutas.

Inicialmente foram planejadas atividades com duração de 3 minutos, em média. Durante as duas primeiras sessões, o engajamento foi inferior a 1 minuto, no entanto, conforme o brincar foi tornando-se interessante, houve melhora no tempo de engajamento, chegando a aproximadamente 3 minutos. Nesse período a criança conseguiu interagir a maior parcela do tempo, com engajamento, uso do brinquedo de forma funcional e dentro do contexto, e isso foi claramente observado nos dois últimos atendimentos.

As brincadeiras desenvolvidas nas cinco sessões foram: boliche, basquete, pescaria, construção de torres, nomeação dos animais, teatro de fantoches e faz de conta. O desenvolvimento das brincadeiras

Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup., 2(5), 188-203, 2021.

aconteceu de forma processual e foi se tornando mais complexo à medida que o engajamento da criança com as terapeutas foi aumentando, isso aconteceu entre o segundo e terceiro atendimento.

O brincar oportunizou o desenvolvimento das interações e intenção de comunicação da criança, que respondeu com sorrisos e palmas em vários momentos.

No início das primeiras sessões, a criança buscava sempre realizar as atividades na mesa, com o olhar fixo no objeto manipulado, o contato visual com a estagiária era escasso, além de manter-se distante dela através da mesa. Gradualmente o local em que as atividades aconteciam (preferencialmente na mesa) foi sendo substituído pelo tatame, minimizando as barreiras entre a criança e as terapeutas.

A aproximação física da criança foi também construída, inicialmente ela evitava o contato, retirava-se da situação e mudava seu objeto de interesse à medida que as terapeutas tentavam maior aproximação física. Gradativamente, e, de forma sutil, a interação foi sendo estabelecida, o contato visual e tátil (pegar na mão da estagiária e da terapeuta ocupacional), pegar brinquedos das mãos da estagiária e manipular objetos em conjunto, foram adquiridos ao longo dos cinco atendimentos através do brincar.

Quanto ao ato de compartilhar brinquedos e objetos, nas primeiras sessões a criança em seu brincar solitário negou compartilhar os brinquedos com a estagiária e com a terapeuta ocupacional, mesmo quando incentivada. No decorrer dos atendimentos e em consequência da formação do vínculo terapeuta-paciente, a criança deu início ao compartilhamento dos brinquedos de modo espontâneo, como observado ainda na segunda sessão, quando a criança, espontaneamente, lança os bambolês sobre a estagiária e a observa, como quem aguarda uma reação do outro.

A criança apresentava dificuldade em atribuir função aos brinquedos ofertados e utilizá-los dentro do contexto, além da fragilidade no brincar simbólico e no faz de conta. A criança reproduzia sempre o mesmo comportamento frente às brincadeiras como fontes de autoestimulação, independente do contexto ou da atividade lúdica, ela buscava derrubar o que lhe era apresentado.

De forma estratégica, a estagiária passou a dar outra função para o comportamento de "derrubar", deste modo, jogos como boliche e derrubar blocos de papel fizeram parte das sessões.

Aos poucos, a criança foi superando os padrões repetitivos de comportamento e o repertório de possibilidades dos recursos lúdicos foram ampliados, logo o brinquedo (bola) que outrora não havia função, a criança passou a atribuir mais de uma função (lançar bola no boliche utilizando a mão e basquete e chutar bola em direção a trave).

4. Discussão

O resultado das intervenções de Terapia Ocupacional através do brincar mostrou uma redução de 2,5 pontos no escore inicial da CARS, embora sua classificação permaneça no nível leve a moderado da

escala, ele mostra que a criança, dentro desse mesmo nível, vai de um extremo a outro e apresenta atualmente comportamentos mais próximos de um quadro de TEA leve. O TEA leve-moderado é classificado por dificuldade no funcionamento social, ocupacional e/ou escolar. No que tange a interação social, crianças com autismo leve, apesar das dificuldades, possuem alguns relacionamentos interpessoais, porém crianças com autismo moderado possuem dificuldade importante, como o embotamento afetivo e a fala circunstancial (Pereira, 2007). A criança deste estudo possui poucos amigos e conflitos nos relacionamentos.

Pereira (2007) afirma que a CARS torna fácil a identificação e a classificação do TEA, por ser um instrumento claro, uma vez que ele revela informações acerca do comportamento e do nível de comprometimento da criança. Neste estudo, a CARS mostrou-se um instrumento sensível às mudanças do sujeito observadas pela mãe, mesmo em intervenções realizadas por um curto período, visto que foram apenas cinco atendimentos.

As modificações de comportamento observadas através de um instrumento como a CARS, nos revelam o potencial do brincar na clínica da Terapia Ocupacional para crianças com TEA. Evidencia-se, portanto, o quanto esta atividade está atrelada ao comportamento social necessário para as habilidades exigidas em seu cotidiano.

A COPM permitiu verificar como está o desempenho da criança e contribuiu para estabelecer as metas e objetivos da intervenção. Por meio da COPM, foram identificadas as áreas-problema do desempenho ocupacional: interagir com outras crianças, sair de parques e frequentar festas. As dificuldades elencadas no protocolo pela responsável reafirmam a interação social como uma área problema; a comparação do nível de desempenho e satisfação antes e depois (Tabela 2) destaca a possibilidade do brincar como meio de intervenção para melhora desta habilidade. Logo, sugere-se que o protocolo foi sensível às mudanças de comportamento apresentadas para as áreas-problema de uma criança com TEA.

Segundo Law *et al.* (2009), mudanças de dois ou mais pontos na COPM são consideradas clinicamente relevantes. A criança deste estudo apresentou mudança de 2 e 3 pontos em atividades de participação social em apenas cinco sessões não contínuas. Diante disso, pode-se supor que um aumento no número de sessões de Terapia Ocupacional que utiliza o brincar como recurso terapêutico poderia ter surtido ganhos ainda mais relevantes. Para Law *et al.* (2009), não há um tempo fixo entre o período de avaliação e reavaliação do sujeito, e sim um período apropriado, que deve ser determinado pelo cliente e seu terapeuta.

Outro ponto relevante foram as interrupções no sequenciamento das intervenções, que não se deram numa sequência devido à falta da criança ao atendimento, logo o avanço positivo descrito nos resultados revela que a criança se manteve em desenvolvimento e que a aquisição das habilidades aprendidas no setting terapêutico foi mantida e sustentada. Ferland (2006) faz referência entre a aprendizagem e o

brincar, afirmando que "é sempre em uma situação agradável que se aprende melhor e na qual podemos ir mais longe (p. 43)".

Ambos os instrumentos dessa pesquisa, CARS e COPM foram preenchidos sob a percepção da mãe, em que a mudança quantitativa nos escores mostra o quanto a responsável esteve sensível às habilidades adquiridas e aprimoradas em terapia pelo filho. É importante afirmar que a evolução da criança a partir da percepção da família endossa a relevância das intervenções centradas no cliente/família que reforçam positivamente o potencial da terapia. Para Law *et al.* (1995) apud Mângia (2002), "a abordagem centrada no cliente visa a qualidade da interação entre terapeuta e paciente no processo terapêutico, e reconhece o cliente como sujeito na construção do projeto terapêutico (p.128)".

A mãe da criança esteve presente em todas as sessões e manteve-se participativa ao longo do processo terapêutico em conjunto com a terapeuta ocupacional e sua estagiária. A parceria entre o serviço e a família pode ter potencializado o desenvolvimento das habilidades adquiridas pela criança. Givigi *et al.* (2011) relatam que inúmeros trabalhos na área da saúde e da educação vêm sendo realizados em conjunto com a família dos pacientes, pois a família constitui a primeira rede de apoio da criança, interferindo de forma direta em seu desenvolvimento.

Através do protocolo de observação construído pela pesquisadora, foi possível visualizar a evolução da criança de forma contextualizada frente à comunicação, compartilhamento de objetos, função dos brinquedos e interação com a terapeuta ao curso das cinco sessões. Os resultados obtidos através do protocolo apontam para a importância de se utilizar um instrumento de avaliação centrado no cliente e na família e, se possível tornar os objetivos terapêuticos mensuráveis.

As atividades lúdicas desenvolvidas no setting terapêutico estimularam a criança a estabelecer comunicação com a terapeuta do serviço e sua estagiária, percebe-se que a experiência da criança transita entre a comunicação não-verbal e verbal. Segundo Pereira (2009) "as brincadeiras são uma linguagem que perpassam toda a nossa experiência de vida (p. 17)", o brincar é fonte de gestos, sons, expressão e declaração, fenômeno complexo que permite o ser brincante fazer conexões com o mundo real. O brincar é o meio de comunicação entre dois brincantes, assim faz-se necessário o estímulo adequado para que o cliente apresente respostas positivas.

Ao longo das sessões, quando estimulada, a criança adquiriu a habilidade de troca e compartilhamento de objetos que, em seguida, acontece espontaneamente com os parceiros de comunicação ao curso das intervenções. O compartilhamento está imbricado ao brincar, não dá para imaginar dois sujeitos brincando sem compartilhar ao menos a atenção ou o espaço com o outro. Utilizado como ferramenta terapêutica, o brincar sai do lugar que culturalmente ocupa, restrito à ideia de diversão e lazer, para ocupar o espaço de meio de intervenção, assumindo o lugar de transformador e terapêutico (Cipriano & Almeida, 2016).

Diante das características clínicas do TEA como movimento e manipulação sem sentido, crianças com esse diagnóstico apresentam déficit no brincar. Destaca-se dificuldade de imaginação, escassez no brincar simbólico, carência em explorar e atribuir funções aos brinquedos e falha no brincar com regras e no brincar cooperativo (Martins & Goés, 2013).

O participante deste estudo, antes das intervenções propostas, apresentava dificuldade moderada em atribuir função aos brinquedos, utilizá-los dentro do contexto e falha no brincar simbólico. Inicialmente, a criança atribuía uma única função aos brinquedos que era derrubá-los, ao curso das cinco sessões, a criança passa a atribuir cinco funções ao mesmo brinquedo, logo percebe-se que por meio do brincar, a criança torna-se um ser brincante.

O brincar é peça fundamental para a aquisição de habilidades e competências necessárias para a construção do sujeito. Na sua concepção, quando a criança é colocada frente a um novo brinquedo, para conhecê-lo ela inicia explorando suas características físicas, no segundo momento experimenta-o da forma esperada e por último desenvolve subsídios para brincar com aquele recurso, assim perdura-se ao longo da maturação do ser humano, o qual encontra-se em constante descoberta e teste de suas capacidades (Reilly, 1979; Reis & Rezende, 2007). Logo, entende-se que a privação da ação lúdica na criança e particularmente com TEA objeto deste estudo, causa impacto negativo na formação do futuro adolescente, jovem e adulto, ou seja, em todos os ciclos de vida.

Deste modo, os dados levantados pela presente pesquisa reafirmaram o brincar enquanto instrumento potencializador na prática clínica da Terapia Ocupacional para o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades já conquistadas pelos beneficiados e, também, como fim em si mesmo, ocupação inerente à infância. Vale salientar que os resultados trazem uma explicação das dificuldades de interação social de uma criança com TEA, e a evolução das características trabalhadas em terapia pelo brincar, corroborando que o brincar promove benefícios para a interação social de criança com TEA.

5. Considerações Finais

Este estudo permitiu conhecer as dificuldades na interação social existentes em uma criança com TEA e o uso do brincar enquanto recurso terapêutico ocupacional para sua estimulação.

O brincar utilizado enquanto recurso terapêutico na clínica da Terapia Ocupacional proporcionou à criança com TEA mudanças relevantes na interação social, segundo a percepção da mãe (cuidadora principal). Os resultados sugerem que o brincar empregado de forma adequada, com fundamentação teórica e devida preparação profissional promove benefícios na criança com TEA para além da construção de vínculos. Ele é capaz de aprimorar e desenvolver habilidades pouco aprendidas e internalizar na criança esse aprendizado para diferentes contextos, elucidado por meio desse estudo.

Destaca-se também a importância do uso de instrumentos na prática profissional que avaliem o antes e depois do sujeito em terapia, segundo a autopercepção do sujeito ou de seu responsável, como os Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup., 2(5), 188-203, 2021.

protocolos da CARS e COPM. Bem como, a construção de um protocolo de observação centrado no cliente, que seja capaz de registrar as mudanças de comportamento apresentadas ao longo dos atendimentos.

Através dos protocolos tornou-se evidente os efeitos positivos do brincar, no entanto faz-se necessário a produção de novos estudos que abordem o olhar dos responsáveis da criança e do terapeuta, comparando ambas as percepções, informações não compiladas nesta pesquisa. Também se torna importante a reprodução de outros estudos que enalteçam os dados levantados neste trabalho, aumentando o repertório de possibilidades para a criança com o transtorno em questão, além dos métodos amplamente divulgados.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM* – V. Porto Alegre: Artmed.
- Caldas, A. S. C., Facundes, V. L. D., & Silva, H. J. (2011). O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: Uma revisão sistemática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 22(3), 238-244.
- Cipriano, M. S., & Almeida M. T. P. (2016). O brincar com intervenção no transtorno do espectro autista. *Extensão em ação*. 2(11), 18-91.
- Ferland, F. (2006). *O Modelo Lúdico: o brincar, a criança com deficiência e a terapia ocupacional*. São Paulo: Roca.
- Givigi, R. C. M., Santos, A., & Ramos, G. O. (2011). Um novo olhar sobre participação. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 22(3), 221-228.
- Goulart, C., Valadão, C., Caldeira, E. M. O., & Bastos, T. F. Fo. (2015). Maria: um robô para interação com crianças com autismo. Resumo expandido apresentado no XII Simpósio Brasileiro de Automação Inteligente (SBAI), Natal, RN, Brasil.
- Law, M., Baptise, S., Carswell, A., Mccoll M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2009). *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: what does it mean and does make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 62(5), 250-257.
- Mângia, E. F. (2002). Contribuições da abordagem canadense "prática de terapia ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental

Universidade de São Paulo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 13(3), 127-134.

Martins, A. D. F., & Góes, M. C. R. (2013) Um estudo sobre o brincar de crianças autistas na perspectiva histórico-cultural. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. São Paulo. 17(1), 25-34.

Muñoz AIM; Noiega MA. Revisión de la práctica profesional de terapia ocupacional en autismo. TOG (A Coruña). [Revista en Internet] 2016; 13(24):02-29.

Pereira, A. M. (2007). *Autismo infantil: tradução e validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil)*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Pereira, R. T. (2009). Brincar e Criança. In: Carvalho, A., Salles, F., Guimarães, M., & Debortoli, J. A. (Org.). *Brincar(es)*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Pfeifer, L. I., Carvalho, C. S., & Santos, V. M. D. (2004). A trajetória do brincar, da composição à criação. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 12(2), 115-123.

Reilly, M. (1979). *Play as exploratory learning*. Beverly Hills: Sage Publications.

Reis, N. M. M., & Rezende M. B. (2007). *Adaptações para o brincar*. In: Cavalcanti, A., & Galvão C. (Org.). *Terapia Ocupacional Fundamentação & Prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Contribuição dos autores:

Ambas as autoras contribuíram na concepção do texto, organização de fontes, análise de dados, redação do texto e revisão.

Recebido em: 16/07/2020

Aceito em: 28/10/2020

Publicado em: 12/05/2021

Editora: Kátia Maki Omura