

Letícia Maria Coutinho Mamede Diogo

Graduada em psicologia pela Universidade Veiga de Almeida – UVA
Cabo Frio/RJ

Daniela Magalhães da Silva

Mestre em Psicologia Social e Coordenadora da Pós-graduação em
Gestat-terapia da Universidade Veiga de Almeida – UVA
Cabo Frio/RJ

RESUMO

O presente trabalho consiste numa pesquisa bibliográfica qualitativa, que tem por objetivo correlacionar o modelo de intervenção precoce em crianças com autismo, DIR-Floortime aos princípios da Gestalt-Terapia. Para cumprimento de tal objetivo, foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de caracterizar o autismo, descrever o modelo DIR-Floortime, fundamentar a Gestalt-terapia e por fim relacionar a Gestalt-Terapia ao modelo DIR-Floortime. Os principais autores que favoreceram a construção desse trabalho foram Stanley Greenspan, Serena Wieder, Jorge Ponciano Ribeiro, Luciana Aguiar, entre outros. A fundamentação consistiu na descrição e caracterização do autismo, desde seu histórico até as suas possibilidades de intervenção, assim como na exposição dos conceitos fundamentais que regem a aplicação do DIR-Floortime, bem como na fundamentação da Gestalt-Terapia desde sua história até sua clínica com crianças. De fato, a problemática central refere-se à possibilidade de o modelo ser aplicado na Gestalt-Terapia com crianças dentro do TEA. E o desfecho se deu na compreensão de conceitos semelhantes entre as duas teorias, dos quais ressaltam a relação dialógica, a compreensão de totalidade do ser, e a valorização da família junto ao processo terapêutico da criança.

Palavras-chave: DIR-Floortime; Gestalt-Terapia; autismo; crianças.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho abordará o Modelo DIR/ Floortime como assunto central, esse modelo traz consigo uma metodologia muito importante para a compreensão do desenvolvimento humano, a qual é embasada pelos níveis de desenvolvimento sócio-emocional, as diferenças individuais e os relacionamentos que cercam cada indivíduo. Para isso, este trabalho abordará autores que esclareçam a aplicação desse método, e sua interface com os princípios da Gestalt-Terapia.

É importante esclarecer que esse modelo de trabalho foi criado por Stanley Greenspan e Serena Wieder nos Estados Unidos a partir dos anos 50 com objetivo de compreender melhor os níveis de desenvolvimento humano, entendendo cada indivíduo como único, considerando suas diferenças e suas potencialidades, assim como seu contexto social e familiar.

Vale ressaltar que o modelo ficou amplamente conhecido através da clínica com crianças com autismo, na qual, o uso de artifícios sensoriais, a compreensão dos níveis de desenvolvimento, tal como a importância das relações sociais e integração dos pais à terapia, é fundamental para a evolução do tratamento do TEA, o qual é o grande foco do modelo. Neste sentido, o estudo aqui proposto visará relacionar o modelo terapêutico D.I.R.-Floortime com os princípios da Gestalt- Terapia, mais especificamente no atendimento da criança autista, com intuito de apresentar ao campo da psicologia um novo olhar para o autismo além de novos instrumentos para o trabalho com crianças no TEA (transtorno do espectro autista).

Diante disso, há relevância em discorrer sobre esse assunto, uma vez que no Brasil, os métodos de trabalho com autismo são defasados no que diz respeito a compreensão global da criança com autismo, incluindo sua família, a escola, e suas diferenças individuais, dificultando essa criança de manter-se regulada e efetiva em relações afetivas que promovam seu desenvolvimento social e cognitivo, por faltar muitas vezes à compreensão, conscientização e preparo da família e da escola, por sobre o autismo, e as maneiras de lidar e conduzir a relação com a criança diagnosticada.

Portanto, a autora utilizará uma metodologia qualitativa – não experimental, por meio de uma pesquisa bibliográfica, a qual o objetivo principal está em correlacionar o Modelo DIR/Floortime aos Conceitos da Gestalt-Terapia. E para isso, o capítulo 1 tem como objetivo específico caracterizar o Autismo, desde sua história até suas características, diagnósticos e possíveis intervenções. No capítulo 2 a autora irá descrever o modelo DIR-Floortime, a partir dos seus fundamentos até a sua prática clínica. O capítulo 3 irá fundamentar a Gestalt-Terapia a partir de sua história, seus conceitos, sua prática na clínica com crianças além de apresentar seu olhar para o autismo. Por fim, o capítulo 4 irá relacionar de forma sucinta a Gestalt-Terapia ao Modelo DIR-Floortime, a começar pelos conceitos que se assemelham entre si até a postura ideal dos terapeutas.

A partir dessa compreensão, este trabalho deverá ser relevante para os profissionais que pretendem trabalhar com autismo, ou os que já trabalham, de forma a ampliar seus conhecimentos e suas habilidades de manejo com as crianças, assim como também com as famílias, a fim de acolhê-las, mas também prepará-las para o dia a dia com suas crianças.

O tema deste trabalho foi escolhido por conta da afinidade e empatia com a causa do autismo, e por meio da compreensão do tema, que dentro de uma temática maior que é o autismo, ainda é muito pouco estudado e discutido, e de grande importância para as pessoas que se interessam por esse assunto.

O AUTISMO

UM BREVE HISTÓRICO SOBRE O AUTISMO:

O termo autismo surgiu pela primeira vez durante os estudos do psiquiatra Bleuler em meados de 1911, os quais ele baseou-se inicialmente em pacientes adultos acometidos de esquizofrenia, e posterior a isso passou a entender melhor o autismo. Era comum que os sintomas da esquizofrenia fossem confundidos com o autismo naquela época, uma vez que se tratava de fuga da realidade e isolamento para um mundo íntimo. (CAVALCANTI e ROCHA, 2001).

Para Kanner (1943), o autismo era definido como “*Distúrbio Acústico do Contato Afetivo*”, caracterizado por comportamentos muito específicos, tais quais, perturbações relacionais com o meio, pouca ou nenhuma linguagem para comunicação, solidão aparente, sem alterações no aspecto físico, habilidades cognitivas em potencial, comportamentos ritualísticos e repetitivos, com uma incidência maior no sexo masculino.

No ano seguinte, Asperger (1944) descreveu o autismo como “*Psicopatia Autística*”, a qual era manifestada por um transtorno grave de interação social, com incidência predominantemente no sexo masculino, além de uma dificuldade motora e uma fala pedante. Descreveu em sua teoria, por meio de amostras de estudos de caso, a história familiar, os aspectos físicos e comportamentais, os desempenhos de habilidades cognitivas, e a partir da aplicação de testes, enfatizou a preocupação com a abordagem educacional para esses indivíduos.

A teoria de Kanner (1943), foi rapidamente aceita pela comunidade científica. Tal teoria evidenciava a existência da distorção do modelo familiar, o qual refletiria no aspecto psicoafetivo das crianças, resultante do alto nível cognitivo desses pais. Apesar disso, o autor não excluiu a possibilidade de conter fatores biológicos, pertinentes às crianças, uma vez que, as alterações comportamentais eram notórias precocemente, trazendo resistência ao aspecto inteiramente relacional.

Ambas as teorias traziam consigo um olhar de causa-efeito entre a inabilidade parental sobre o autismo dos filhos. E a ampla aceitação de tais hipóteses, foi decorrente à época em que a psicanálise Freudiana estava em ápice. Contudo, tal influência é curiosa, uma vez que Freud iniciou seus estudos como neurologista e afirmou que a base neurológica seria indispensável para a compreensão de suas teorias psicodinâmicas. (TAMANAHA, PERISSINOTO e CHIARI, 2008)

De acordo com Tamanaha, Perissinoto e Chiari (2008), somente a partir dos estudos de Goldfarb (1943 e 1945) e Spitz (1945), é que a teoria a respeito da influência do ambiente e das interações sobre o desenvolvimento infantil, começou a ser fomentada. Harlow (1962), por sua vez, afirmou que há uma prevalência emocional sobre a constituição no desenvolvimento, defendendo que o cuidado continuado é muito mais determinante no psicológico saudável do que o biológico.

Para Schmitd (2014), havia então uma legitimidade para a atribuição da causa autismo à uma hipótese privação materna. O que consequentemente, resvalava majoritariamente sobre a mãe, uma vez que as crianças seriam consideradas essencialmente saudáveis, se houvesse a chance de retirá-las de sua “*concha Autística*”. Portanto, desde então, o autismo vem sendo considerado como psicose, cuja origem etiológica era acima de tudo psicológica e relacional.

Schmitd (2014) afirma que há basicamente três vertentes que estudam a causa do autismo desde então, tais quais, a não organicistas, a orgânico-ambientalistas e a organicistas. A primeira, consideravam os pais das crianças autistas sendo os principais responsáveis pela causa, e por sua vez, as crianças eram tidas como vítimas. A segunda vertente, entendia que os pais falhavam em seus cuidados a criança que era deficiente. E por fim, a terceira classe, defendia que o autismo era um transtorno de origem exclusivamente neurológica e orgânica.

Tamanaha, Perissinoto e Chiari (2008) revelam que houve uma pesquisa entre 96 famílias, a fim de questionar tais hipóteses, na qual buscava informações a respeito das medidas tomadas para os cuidados com as crianças com autismos, com outros transtornos do desenvolvimento e com desenvolvimento típico. E o objetivo eram compreender a diferença da pontuação entre as classes hipotéticas, a fim de saber qual grupo de fato pontuaria mais ou menos e então traçar um direcionamento sobre quem estaria certo.

Com tudo isso, a grande contribuição dessa pesquisa foi a constatação de que a qualidade das interações parentais não se diferenciou em nada entre as famílias com e sem crianças com autismo. Além disso, foi observado também que as crianças com autismo possuíam mais alterações eletroencefalográficas que as crianças típicas, ou em outras condições, o que saltou aos olhos o papel da etiologia orgânica do transtorno. Ao final, os autores dessa pesquisa concluíram que as teorias de origem parental e parental-biológica, não poderiam ser apoiadas por esses resultados. (TAMANAHAN, PERISSINOTO e CHIARI, 2008).

Segundo Schmitd (2014), a hipótese parental passa a ser questionada gradativamente, dando lugar então, a compreensão do transtorno como uma síndrome comportamental de um quadro orgânico. E é a partir daí, que os manuais de classificação tiram o autismo do grupo das psicoses, e o realoca no grupo dos transtornos invasivos do desenvolvimento.

O PROCESSO DIAGNÓSTICO E AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

A partir da década de 1980, houve um esforço para uniformizar o diagnóstico de autismo, quando há o incitamento dos manuais de classificação diagnóstica, o CID-9 (OMS 1993), e DSM-III (APA, 1980). Há uma consonância maior a respeito do autismo ser impactado principalmente por três domínios: 1) interação social e empatia; 2) Comunicação e imaginação; 3) Flexibilidade cognitiva e comportamental.

Ao decorrer do tempo, e com os avanços de pesquisa os critérios de

diagnósticos de autismos foram ampliados. A tradução do trabalho de Asperger (1944) para a língua inglesa, feito por Uta Frith, revela uma forma ainda desconhecida de manifestação de autismo, a qual descreve indivíduos com autismos não acometidos de doença mental e nem de atrasos significativos do desenvolvimento da linguagem. Nesse momento então, surge o termo “Síndrome de Asperger” no DSM-IV (APA 1994), incitando a ideia de que o autismo poderia ser visto como um espectro de estados variáveis e não apenas em um único quadro clínico.

No DSM-V (APA 2013), a mais recente classificação, o autismo é referenciado à categorizados transtornos do neurodesenvolvimento, sendo renomeado como transtorno do espectro autista (TEA). Dessa forma, o TEA é definido como um distúrbio do desenvolvimento neurológico que deve estar presente desde a infância, apresentando déficit nas dimensões sociocomunicativa e comportamental.

O diagnóstico de autismo infantil é baseado especificamente no quadro clínico do paciente, uma vez que ainda não comprovação de marcadores biológicos determinantes para o diagnóstico. Na 4ª versão do DSM, foi apresentado um quadro com os critérios detalhados para o diagnóstico de autismo infantil, tais critérios estariam relacionados as características evolutivas ao período de vida das crianças com autismo. Tais quais, 1) Recém-Nascido: parece diferente dos outros bebês, comporta-se como se não precisasse da mãe, chora pouco, corpo rígido quando é pegado no colo, reativo aos elementos irritáveis; 2) Primeiro ano: não faz pedidos, não percebe a mãe, ausência ou retardo de sorrisos e resmungos, não demonstra interesses por jogos, é reativo a sons, pouco ou nada afetivo, sem interesse por jogos sociais, ausência de comunicação verbal e/ou não verbal, hipo ou hiper reativo a estímulos sensoriais, seletividade alimentar, atraso ou irregularidade do funcionamento motor; 3) Segundo e Terceiro anos: indiferença social, uso da mão dos adultos para comunicação, interesse disfuncionais sobre brinquedos, inflexibilidade ao novo, busca por estimulações sensoriais, predominância de gestos corporais estereotipados (andar nas pontas dos pés, sacudir as mãos, balançar a cabeça e/ou o corpo em movimento pendular, etc); 4) Quarto e Quinto anos: ausência de contato visual, nos jogos há ausência ou dificuldade de fazer de conta, linguagem limitada ou ausente, com presença de ecolalia e scripts, anomalia no ritmo e tom de discurso, resistências a mudanças e falta de rotinas. (APA 1994).

Com tudo isso, o DSM –IV-RT (APA 2013) propõe como critério para fechar o diagnóstico, que a criança em avaliação apresente ao menos seis (6) entre os doze (12) sintomas da lista, e que dois (2) desses sintomas apresentados estejam relacionados a área de interação social, e um (1) seja referente a comportamentos repetitivos, restritos e estereotipados.

Silva e Mulick (2008) vão dizer que, apesar de tantos critérios fornecido pela DSM –IV–RT demonstrarem uma certa facilidade em avaliar a criança para conduzir um diagnóstico fidedigno, na prática não é tão simples, pois envolve uma série de manifestações dos sintomas autísticos, e com isso uma grande variedade em termos de quando a criança começa a apresentar

tais sintomas, assim como em termos de perfil desenvolvimental da criança e das comorbidades que podem estar associadas ao autismo. Sendo assim, os profissionais responsáveis por esse processo devem ser capazes de obter os dados de maneira cautelosa, e a interpretação desses devem ser criteriosas e determinantes se realmente se referem ao quadro de autismo ou não.

Silva e Mulick (2008) ressaltam, que há cada vez mais profissionais que defendem a ideia de que o processo de diagnóstico do autismo deve ser realizado a partir de uma equipe multiprofissional, incluindo pelo menos um neuropediatra e um psicólogo com especialização em distúrbio do desenvolvimento. Os profissionais envolvidos então, devem analisar conjuntamente cada caso, percebendo as variantes entre o quadro clínico da criança, sendo capazes de demonstrar a família um detalhamento maior de informações, não apenas sobre o diagnóstico, mas também sobre todas as áreas que englobam o desenvolvimento infantil. Ainda também, os profissionais poderiam prestar orientações a família acerca do tratamento e intervenção necessária e encaminhá-los aos serviços e apoios precisos.

A identificação dos sintomas de risco é o primeiro passo para um diagnóstico precoce. Os sintomas de autismo começam a ser apresentados antes dos três anos de idade, então, quanto mais cedo eles forem identificados, aumentam as possibilidades da criança em receber intervenções apropriadas facilitando um progresso desenvolvimental expressivo e prolongado. Por essa razão, profissionais que não sejam especializados, devem estar aptos a identificar tais sintomas para viabilizar esse processo. Uma vez identificados, deve ocorrer o encaminhamento da criança para uma equipe especializada, a fim de que se determine o diagnóstico. (SILVA e MULICK, 2008)

Para Costa e Nunesmaia (1998), já é possível notar alguns atrasos por volta dos 12 a 18 meses, que são conhecidos como fator marcante do autismo, os déficits sociais são sintomas, tais quais, atraso em responder o nome, repulsa ao toque, dificuldade em manter contato visual e atenção compartilhada, ausência de balbúcio, dificuldade em brincadeiras de faz de conta, entre outros. Portanto, os profissionais da área infantil, como psicólogos, fonoaudiólogos, pediatras, terapeutas ocupacionais, devem estar atentos a manifestação desses sintomas de risco.

A respeito então dos componentes básicos imprescindíveis para uma avaliação adequada, Silva e Mulick (2008) revelam que estão a entrevista inicial com os pais ou responsáveis, necessária não apenas para obtenção de informações cruciais para o diagnóstico, mas também, para servir de guia determinante dos próximos passos a serem dados para a conclusão do diagnóstico. Para que a entrevista aos pais seja informativa, deve incluir tópicos como, histórico social e familiar, referindo-se a dinâmica familiar, história de problemas mentais e de aprendizagem de membros da família, a história médica da criança, se houve problemas durante a gestação, parto e primeira infância, se houve exposição a componentes químicos e/ou tóxicos, infecções de ouvido recorrentes, alergias, cirurgias; história do desenvolvimento da criança, a saber sobre a idade em que a criança

alcançou determinados marcos do desenvolvimento, se há problemas comportamentais, distúrbio do sono, e etc.

Outro fator importante para o diagnóstico, segundo Silva e Mulick (2008), é o uso de instrumentos adequados para auxiliarem esse processo. Nos dias de hoje, já existem uma série de ferramentas que podem facilitar e contribuir para um diagnóstico mais preciso, porém nenhuma das informações obtidas através desses instrumentos devem ser capazes de isoladamente comodeterminantes para tal.

Portanto, para Costa e Nunesmaia (1998), a avaliação médica, é indispensável nesse processo, uma vez que há possibilidades de comorbidades, é preciso que se investigue fatores médicos de origem neurológica, como epilepsia, convulsões, origem metabólica, como erros inatos nos aminoácidos, intoxicação por chumbo, e de origem genética, tal como a síndrome do X frágil. Além disso, também são investigadas as alterações sensoriais, como visão, audição, tato, os distúrbios na linguagem, como dispraxia e apraxia, e também problemas na alimentação e no sono.

Uma boa avaliação psicológica é um dos elementos mais úteis durante o processo de diagnóstico, volta a ressaltar Silva e Mulick (2008), pois viabiliza o conhecimento a respeito do funcionamento cognitivo e adaptativo da criança, o qual é indispensável para a formulação de um plano de intervenção individualizado. Uma vez que as crianças com autismo possuem perfis diferenciados em termos de habilidades cognitivas, sociais, adaptativas, comunicativas e pré-acadêmicas, assim como em sua manifestação de diferentes padrões de estereotípias e problemas de comportamento. Dessa forma, tal avaliação é necessária para que sejam conhecidas as áreas habilidades expressivas, e as limitações e/ou habilidades potenciais.

A partir do momento que o diagnóstico de autismo é confirmado, ou desconfirmado, os profissionais responsáveis por esse processo, precisam determinar se o encaminhamento para outras áreas e profissionais ainda se faz necessário. Dessa forma, segundo Costa e Nunesmaia (1998) está incluso o encaminhamento para terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos etc. é de suma importância que tanto as crianças como os pais sejam encaminhados para programas educacionais específicos e de apoio a fim de auxiliar os pais no cuidado com as crianças e as crianças em sua maneira de aprender. E anualmente, avaliações psicológicas devem ser aplicadas, com objetivo de monitorar o progresso da criança ao longo das terapias.

AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICAS

Por fim, ao falar de intervenções terapêuticas, atualmente, existe uma diversidade de possibilidades de programas terapêuticos que são aplicados por terapeutas das mais abrangentes áreas durante os atendimentos das crianças autistas. Os mais conhecidos e reconhecidos por sua eficácia e resultados no que diz respeito ao avanço no desenvolvimento da criança,

podem ser caracterizados por conseguirem integrar não só o comportamento, mas como as especificidades de cada criança e o meio social em que essa criança está inserida.

É possível observar uma melhora considerável no quadro clínico da criança no TEA, a partir de uma intervenção devidamente efetuada. Para Sampaio (2008), uma modelação correta do comportamento é o que resulta em tal melhora.

Dito isso, a seguir será brevemente descrito alguns dos mais conhecidos modelos de intervenção clínica para uso com autistas, de forma que no capítulo seguinte, o modelo DIR- Floortime, conforme relatado na introdução, será detalhadamente descrito e analisado.

A.B.A. (Applied Behavior Analysis – Análise Aplicada do Comportamento):

O modelo ABA, é o modelo mais usualmente aplicado por terapeutas da área comportamental, da linha conhecida como Behaviorismo (comportamento), a qual observa, analisa e explica a conexão entre o ambiente, o comportamento e a aprendizagem. Tal abordagem defende que se tal comportamento pode ser analisado, também pode ser modificado a partir de um plano de ação traçado. Desse modo, o modelo ABA é tão para gerenciamento e uso da habilidade quanto para a aprendizagem.

O ABA é caracterizado pela utilização de consequências rotineiras, por exemplo, brinquedos e interesses preferidos. Como meio de comunicação alternativa / aumentativa, os PEC's são os mais frequentemente utilizados. Com o passar do tempo, a utilização de consequências naturais começa a ocorrer, pelo próprio comportamento, a fim de manter o processo de aprendizagem em crescente. Ao decorrer do ensino, cada comportamento e habilidade aprendida e observada é registrada em folhas específicas, que demarcam a o comportamento assim como sua frequência, a fim de se criar um panorama a respeito da evolução e desdobramento do quadro, para que se possa analisar.

Para os critérios da análise comportamental do autismo, estão inclusos, a avaliação inicial, a delimitação dos objetivos, a elaboração de programas, ou seja, um plano de ação, um ensino intensivo e a avaliação de progresso. A partir disso, o ABA torna-se singular pelo seu rigor científico, sua intensidade, pela experimentação, registro e mudanças progressivas.

Denver:

Continuando na linha comportamental, o DENVER é denominado um modelo de intervenção precoce para crianças no TEA, tal intervenção é recomendada para a faixa etária entre 12 a 60 meses, devido as melhores condições de neuroplasticidade do cérebro dessa criança. O modelo propõe preparar, apoiar, recompensar e aumentar as iniciativas da criança, assim como proporcionar um melhor desenvolvimento em todos os domínios.

Dentre tais domínios, estão inclusos os de comunicação receptiva e

expressiva, as competências sensoriais, competências de jogos, a motricidade grossa e fina, e os comportamentos adaptativos. Essas competências ficam organizadas e agrupadas por faixa etária, por meio de níveis.

Sabe-se que tal modelo foi criado com base em outros três modelos de intervenções para o autismo, e um desses seria o próprio ABA. Para tanto, o diferencial do Denver é propor uma intervenção mais naturalista possível, utilizando sempre a brincadeira como forma de trabalhar os domínios de competência da criança, além disso, o Denver trabalha em conjunto com os pais, e a eficácia desse modelo está agregada ao treinamento parental.

A implementação do método se dá a partir da avaliação curricular a respeito dos domínios que a criança possui atualmente, por meio de um “*checklist curriculum*”. Posteriormente a isso, define-se entre duas a três competências por domínio base, para o aprendizado a curto prazo. Sendo assim, inicia-se uma intervenção intensiva de 12 semanas, e ao final dela, uma nova avaliação das habilidades é feita, assim como um novo programa de intervenção.

O método pode ser aplicado em diferentes contextos, desde intervenção parental, em casa com os cuidadores, como na escola e na clínica com terapeutas de diversas áreas.

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children):

Por sua vez, o método TEACCH, é uma proposta educacional, a qual é fundamentada na singularidade do autismo, na condição adaptativa; na avaliação e intervenção individual; na estruturação do ensino; nas competências emergentes; na abordagem terapêutica cognitivo comportamental, solicitando sempre o apoio familiar

O modelo TEACCH foi criado para trabalhar de forma complexa com pessoas com autismo, e pode ser associado a outros métodos de trabalho. Para Schopler (1990), o indivíduo TEA, funciona melhor em condições bem estruturadas, com espaços organizados, tranquilos, regras simples, utilizando matérias e atividades adaptáveis de forma individual, respeitando as diferenças entre os indivíduos

Baseado numa intervenção direta com a criança, o modelo TEACCH possui um programa curricular focado nas áreas fortes e emergentes, analisadas por meio da avaliação especializada PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado) considerando as potencialidades e fraquezas da criança.

Schopler (1990) ressalta a importância do comprometimento dos pais e educadores para que a criança supere suas limitações e persista em sua adaptação junto a sociedade. O maior objetivo do modelo, é que a criança com autismo esteja preparada para uma vida adulta com a máxima autonomia possível, através de sua evolução no desenvolvimento como um todo, e em suas relações de causa e efeito.

Por sua vez, Pereira (2005), destaca o método TEACCH como modo de minimizar ou extinguir os comportamentos separatórios, por meio da estruturação e adequação do ambiente, para que então haja atividade e ocupação do tempo através da implicação individual nas conquistas, conforme suas especificidades.

SON RISE:

No que diz respeito a métodos mais educacionais, há também o Son-Rise, o qual é um programa educacional abrangente que estimula o indivíduo no TEA a participar ativamente de interações de forma descontraída e dinâmicas com os pais, outros adultos e pares.

Esse programa foi criado em meados dos anos 70, por um casal que tinha um filho com autismo, chamados Barry e Samahria Kaufman, os quais acreditavam que a partir da experimentação criativa e amorosa, poderiam ajudar seu filho a se desenvolver mais rapidamente. Ele é desenvolvido na casa dos pais, na qual cria-se um quarto ou ambiente específico para ser o lugar onde ocorre as intervenções, denominado 'quarto de brincar'. (DEISINGER BURKHARDT, WAHLBERG, ROTATORI & OBIAKOR, 2012).

Segundo Kaufman (1994), uma das estratégias de intervenção do Programa Son-Rise, seria a interação 1:1, a qual é validado o interesse da criança e as suas iniciativas, mesmo que se refiram a comportamentos estereotipados. Teria como principal objetivo, a busca de comportamentos que revelem valores de aceitação e compreensão sem julgamentos.

É utilizado para essa intervenção, três instrumentos de avaliação desenvolvidos pela ATCA (Autism Treatment Center of America), que visam analisar o desenvolvimento da criança ao longo das intervenções, seriam eles: o modelo de desenvolvimento, o currículo social e o relatório semanal. E diante disso, o modelo apresenta quatro dimensões do desenvolvimento, sendo elas: o contato visual, a comunicação, a atenção compartilhada e a flexibilidade. (SCHMIDT, KUBASKI, BERTAZZO, FERREIRA, 2015).

Dessa forma, há para cada dimensão, um sequenciamento do desenvolvimento das habilidades, sendo elas: 1) habilidades básicas; 2 e 3) habilidades intermediárias; 4 e 5) habilidades avançadas. Quando uma meta é atingida, a criança avança para o próximo seguimento das habilidades. (SCHMIDT, KUBASKI, BERTAZZO, FERREIRA, 2015).

D.I.R. – Floortime:

Por fim, o modelo D.I.R –FLOORTIME, o qual será mais amplamente abordado no próximo capítulo. Segundo revela Piacentini, Goldstein e Capelli (2011), esse modelo, acredita principalmente que a aprendizagem está diretamente relacionada às interações e a afetividade, além disso, defende a ideia de que cada criança é única e precisa ser compreendida com suas especificidades, e para isso, necessita de um programa de atendimento individualizado, considera-se que sempre há possibilidades de avanço e que

a família é a base do tratamento.

Para Teixeira (2016), o método Floortime é fundamentado pelo estímulo do desenvolvimento emocional e relacional da criança, a fim de compreender seus sentimentos, assim como o estabelecimento de suas relações afetivas, e pela maneira que ela lida com seus sentidos. Na visão de Maia (2009), os objetivos desse modelo são construir bases amplamente saudáveis para o desenvolvimento das capacidades emocionais, sociais e intelectuais, ao invés de ficar preso a habilidades e comportamentos isolados.

De acordo com seus criadores, Greenspan e Wieder (2006), o método D.I.R.- Floortime, portanto, possui suas estratégias de aplicação baseadas no desenvolvimento, individualidade e na relação entre as díades.

Com tudo isso, inicia-se agora um estudo mais profundo a respeito desse modelo, assim como ele está conectado aos princípios da Gestalt-Terapia, no que diz respeito a clínica com crianças no TEA.

O MODELO D.I.R – FLOORTIME:

HISTÓRIA E FUNDAMENTOS DO D.I.R.

Desenvolvido em meados dos anos 50 pelo médico psiquiatra infantil Dr. Stanley Greenspan, juntamente com a psicóloga clínica especialista em desenvolvimento infantil Serena Wieder, o modelo D. I. R. (Desenvolvimento, Individual-diferenças e Relação), foi criado nos Estados Unidos, a fim de promover uma compreensão a respeito do desenvolvimento humano a partir de uma estrutura fundamental.

Greenspan (1950), reconheceu a importância de mudar a forma como se avaliavam as crianças com necessidades especiais, ressaltando a importância de avaliar cada criança a partir de seu nível de desenvolvimento, assim como de seu nível em termos físicos, para que fosse viável aumentar a comunicação, a interação e o aprendizado, proporcionando a essas crianças, meios reais para atingirem seu potencial pleno. Além disso, Greenspan (1990) unificou seus estudos a respeito do desenvolvimento infantil e saúde mental com os de Serena Wieder (1990), o que permitiram-nos atestar a importância dos relacionamentos e do afeto para a aprendizagem, seja qual for a sua forma.

A partir disso, Greenspan e Wieder (1992), juntamente com um grupo de colaboradores, desenvolveram o modelo fundamentado a uma abordagem na qual assimila as perturbações da comunicação às dificuldades da relação, com base numa perspectiva estruturalista de desenvolvimento, na convicção de que há em todas as crianças alguma capacidade para se comunicar e que essa habilidade sobrevém do grau de motivação.

Através desses estudos para a elaboração de um modelo que fosse capaz de auxiliar e ampliar as possibilidades de desenvolvimento das crianças, Greenspan (2000) constatou que todas as crianças que possuem algum transtorno de desenvolvimento, são caracterizadas por seus perfis únicos, referente as suas forças, as suas fraquezas, as suas relações

familiares e as competências de desenvolvimento em crescimento, e, portanto, são a partir de tais características que o tratamento deve ser direcionado.

Além disso, Greenspan e Wieder (2001) afirmam que o afeto e as emoções têm papel fundamental no processo de aquisição de novas habilidades, por isso, é necessário a compreensão da linguagem e da intenção comunicativa assim como o desenvolvimento das habilidades cognitivas para obter acesso às ideias simbólicas e lógicas.

Os estudos também corroboraram para a compreensão de que o desenvolvimento integra as áreas tradicionais, como linguagem, cognição, motora e sócio-emocional, as quais para os autores, proporcionam dentro de um processo evolutivo, uma interação social com intencionalidade, por meio da externalização de afetos e sentimentos e também de exposição de dificuldades e dos pensamentos.

Ainda durante esses estudos, Greenspan e Wieder (2000), defenderam a ideia de uma equipe multiprofissional para a intervenção dessas crianças, a fim de alcançar todas as áreas explicitadas anteriormente, e complementam que os pais, por serem as pessoas que melhor conhece seus filhos, são fundamentais para a intervenção intensiva em casa, durante o cotidiano dos filhos.

Para Greenspan (2001), a falha principal nas crianças acometidas de perturbações do desenvolvimento compreende numa incapacidade de conectar o afeto ou a intenção ao planejamento motor assim como à simbolização emergente. Resultando dessa forma, na falta ou escassez da empatia, do pensamento abstrato, na dificuldade de sociabilização, de linguagem funcional e na reciprocidade afetiva.

Logo, conforme revelam Greenspan e Wieder (2000), o DIR fundamenta-se no desenvolvimento funcional da criança, em suas individualidades e nos relacionamentos, e possui como objetivo, formar bases sólidas para o desenvolvimento das competências sociais, emocionais, e intelectuais da criança, não se fixando, portanto, em comportamentos isolados. Complementam ainda, que o modelo visa explicar o desenvolvimento humano desde seu nascimento, assim como ao longo da vida, além também, de reafirmar que cada ser humano possui características e visões únicas do mundo, percebendo-o e interagindo com este de forma singular. Este também descreve as relações e conexões emocionais como fator potencial para o desenvolvimento. Sendo assim, somente a partir de uma compreensão do “D” e do “I”, é possível usar e entender o “R”.

O D.I.R.

Sendo assim, os autores explicam detalhadamente o que representa cada sigla do modelo criado.

O “D”, trata-se do Desenvolvimento Funcional Emocional, o qual irá descrever o desenvolvimento a partir da perspectiva do indivíduo, compreendendo, portanto, o processo de desenvolvimento único, que será

primordial para permitir espaço para que cada pessoa seja respeitada e guiada em sua jornada pessoal, quando assim for necessário. Ou seja, compreende a evolução da criança por meio de etapas graduais, que a proporcionam capacidades para envolver-se, e relacionar-se com os outros. Isso inclui promover o desenvolvimento e potencialidade das habilidades de: 1) autorregulação e interesse pelo mundo, 2) engajamento e compartilhamento da atenção 3) intencionalidade e comunicação em duas vias, 4) resolução de problemas, regulação do humor e a formação de um sentido de self, 5) brincar criativamente e pensar simbolicamente, e por fim, 6) "construir pontes" entre ideias de forma lógica, as quais serão detalhadamente explicadas no seguimento deste capítulo.

Para Greenspan e Wieder (2000), tais capacidades são essenciais para o desenvolvimento dos relacionamentos afetivos, da empatia e da espontaneidade assim como para um melhor desempenho acadêmico. É imprescindível que o desenvolvimento dessas habilidades seja alcançado gradativamente, sem pressa, e de forma a preencher todas as lacunas, uma vez que, lacunas abertas em habilidades primárias, dificultam a aprendizagem e capacidades elevadas mais abstratas.

O "I", por sua vez, fala das diferenças individuais, ou seja, a maneira pela qual cada pessoa alcança a sua autorregulação, responde e compreende o mundo ao seu redor, e até mesmo como responde de forma biológica a estímulos como som, toque, texturas, planejamento e sequenciamento motor e visual, enfatizando sempre a singularidade que existe em cada ser humano. Segundo Greenspan e Wieder (2000), ao compreender tal singularidade, torna-se mais fácil aplicar técnicas de intervenções que irão proporcionar a criança um aprendizado saudável e feliz.

A compreensão de que cada criança é uma criança, e uma criança dentro do espectro torna-se ainda mais singular, é extremamente necessária para traçar um plano terapêutico individual compreendendo o funcionamento sensorial de cada indivíduo, favorecendo, portanto, o desenvolvimento das habilidades explicitadas no "D".

Por fim, o "R", fala sobre os relacionamentos, responsável por descrever como os estes influenciam no desenvolvimento, uma vez que os seres humanos são seres totalmente relacionais. Greenspan e Wieder (2000) ressaltam a importância de compreender como essas relações são capazes de acelerar ou desacelerar o desenvolvimento, uma vez que, o relacionamento dessas crianças com os pais, terapeutas, professores, familiares podem definir a capacidade de se desenvolverem e de aprenderem.

É necessário que a criança viva em uma relação de qualidade, na qual os adultos a validem e participem juntamente com elas de seu cotidiano, impondo limites e sendo coadjuvantes em suas descobertas com alegria, para Greenspan e Wieder (2000) assim como para Maia (2009), atitudes como essas, certamente estimulará a autonomia da criança, a qual é a base para o desenvolvimento saudável esperado durante seu crescimento.

Trecker (2001) orienta que, para que as capacidades acima descritas

sejam alcançadas, se faz necessário que as intervenções iniciem prioritariamente a partir do interesse e dos prazeres da criança, para que depois seja possível expandir esses interesses pelo mundo. O “D.I.R.” utiliza o aspecto afetivo (emocional) como chave para o processo de desenvolvimento. A compreensão do DIR promove um desenvolvimento saudável em todas as crianças, mas é especialmente poderoso para contribuir no desenvolvimento de crianças com autismo.

A primeira meta do modelo para a criança no TEA, é que ela tenha consciência de si mesma, e que se desenvolva cognitivamente e possua linguagem e habilidades sociais básicas, a fim de atingir os seis níveis básicos do desenvolvimento, sendo as tais, citados anteriormente ao falar sobre o “D”.

Greenspan e Wieder (2006) esmiúçam os seis níveis básicos do desenvolvimento, sendo o primeiro nível, sendo nomeado de “autorregulação e interesse pelo mundo”, diz respeito ao estabelecimento de contato visual, aos sorrisos e sons emitidos pela boca, a busca por interação social, assim como a capacidade de manter-se calma e superar as frustrações emocionais, ainda no sentido primário.

O segundo, refere-se ao “engajamento e ao compartilhamento da atenção”, sendo o momento em que a criança melhor responde aos estímulos dados pelo outro, demonstrando interesse e confiança na pessoa, revelando a capacidade de superar problemas emocionais com o apoio do outro. No terceiro nível, a criança demonstra intencionalidade e comunicação em duas vias, ou seja, a criança já responde a gestos e demonstra emoções como alegria, raiva, curiosidade.

O quarto nível refere-se à habilidade de resolver problemas complexos, e então a criança já é capaz de compreender a intenção do outro, além disso de responder tal intenção por meio da linguagem, usando gestos, verbalizando ou apenas movimentando-se. O quinto nível compreende a formação emocional de ideias, o que permite a criança a brincar de faz de conta, jogos simbólicos entre outras atividades mais não tão concretas. Por fim, o nível seis está relacionado a capacidade de construir de forma lógica ponte entre ideias, nas quais as crianças sejam aptas a comunicar seus desejos a fim de solucionar problemas sociais durante uma brincadeira com interação.

Breinbauer (2006) compara o DIR a uma estrutura de pirâmide, onde cada componente está constituído sobre o outro. Na base da pirâmide, espera-se encontrar a proteção, a estabilidade emocional, o suporte para outros relacionamentos com base no padrão ensinado, fornecido pela família. No segundo patamar da pirâmide, se encontram os relacionamentos consistentes que são necessários para que a criança adquira competência emocional e cognitiva, a regulação desses relacionamentos proporciona a criança a manter o prazer na intimidade e uma segurança e atenção que permitem novos aprendizados.

É somente no terceiro nível da pirâmide que se acha as abordagens que devem ser utilizadas pelos terapeutas e principalmente pelos pais, devido ao maior tempo que passam com as crianças em casa, dentre as abordagens

estão: (a) *Floortime*, a qual será amplamente explicada no próximo tópico, é a abordagem que visa encorajar a iniciativa da criança e o comportamento intencional através de atividades que ocorrem no chão com base nos interesses da criança, o (b) *Peer-Play* (jogos de pares), na qual se estimula a integração e comunicação da criança, por meio de jogos e brincadeiras realizados em pares, e (c) *Problem-Solving Interactions* (interações para solução de problemas), a qual abrange interações semiestruturadas de solução de problemas a fim de que se conquiste novas habilidades e conceitos. (GREENSPAN & WIEDER, 2006).

O FLOORTIME, DA TEORIA À PRÁTICA:

Sendo a principal estratégia do modelo DIR, o Floortime (tempo no chão) é fundamentado no entendimento de que a emoção é essencial para o crescimento do cérebro e evolução mental, Greenspan e Wieder (2006) o consideram como centro do modelo D.I.R.

Greenspan e Wieder (1997), relatam que o objetivo principal é fazer com que a socialização da criança aumente, assim como a linguagem evolua, e haja diminuição ou extinção dos comportamentos repetitivos, não por condicionamento, e sim por alcançar uma regulação tal, que o cérebro entenda que tais comportamentos não são mais necessários, e assim, facilitar a compreensão dessas crianças e de suas famílias, discernindo, ordenando e integrando as funções essenciais com as capacidades de desenvolvimento.

O Floortime considera que o principal interesse da criança, seja ela diagnosticada ou não, seja o brincar. Para Trecker (2001) é, portanto, a partir da brincadeira que poderá ser estabelecida uma relação adulto-criança, para que então aprendam suas limitações, suas habilidades e a partir disso, desenvolvam um compartilhamento de interesses, fato que confirma o interesse e a influência da família no processo terapêutico.

Trata-se, portanto, de uma técnica específica, a qual o adulto interage com a criança no chão, segundo Wieder (2006). Ocorre por meio de uma troca espontânea entre o adulto e a criança, com o objetivo de validar a iniciativa e a intencionalidade da criança, a fim de aprimorar seu engajamento e atenção mútua.

Greenspan e Wieder (2006) acredita que a busca pelo estabelecimento das relações valoriza cerca de cinco etapas do Floortime, tais quais: 1) avaliar e observar como a criança brinca, assim como a fase do brincar, para que se possa encontrar a melhor forma de seguir sua liderança; 2) abrir círculos de comunicação, a fim de que se estabeleça algum vínculo com a criança; 3) seguir a liderança da criança ao brincar, entrando em seu mundo e adicionando significados a ele, sabendo que o interesse da criança é a porta de entrada para acessá-la; 4) expandir a brincadeira, da forma menos complexa para a mais complexa a fim de estimular suas habilidades; e 5) fechar os círculos de comunicação, dando valor a comunicação recíproca.

Greenspan e Wieder (2006) ressaltam ainda, que é através do seguir a liderança da criança que se abrem possibilidades de romper as barreiras de acesso à vida emocional e intelectual, conseguindo então, ajudá-la a expressar suas ideias e a estabelecer interações comunicativas, fazendo-a valorizar a comunicação recíproca e a vivenciar a construção de vínculos afetivos.

A principal meta do Floortime, descrita por Greenspan e Wieder (2003), é fazer a criança ser capaz de enxergar-se como ser intencional, que por meio de suas próprias vontades e interesses, consegue estabelecer interações sociais. A partir disso, o foco é dar prosseguimento às seis fases funcionais e emocionais, conforme foram explicadas no tópico anterior.

Para conseguir atingir as metas com sucesso, os criadores do modelo (Greenspan e Wieder, 2006) afirmam a importância dos terapeutas e pais se atentarem a fatores que podem parecer simples, mas que influenciam em todo o processo, como por exemplo, o horário do dia em que a terapia é realizada deve ser o melhor horário para a criança, para que ela compreenda aquilo como algo prazeroso, a escolha do local também deve ser feita de forma cuidadosa, preferindo sempre um local seguro e livre de estímulos que possam causar perturbação a criança, e o principal é que durante as sessões a criança se divirta e vivencie experiências agradáveis.

Ainda conforme Greenspan e Wieder (2006), as sessões devem utilizar do self do terapeuta ou dos pais, ou *'hi-affect'* (poder da expressão) melhor conhecido dentro do modelo, onde o foco está em expressar emoções e reações através de vocalizações sonoras e gestos faciais, visando o contato visual, além de utilizar de seu raciocínio clínico, seguindo sempre a liderança da criança, dando-lhe significado as brincadeiras escolhidas por elas, assim como aos brinquedos e objetos que provocaram atração da criança naquele momento e local. É imprescindível ressaltar que o Floortime pode ser feito em qualquer local, basta que os pais, ou adultos envolvidos, estejam dispostos. Breinbauer (2006), reitera de que esses momentos devem causar prazer e satisfação às crianças.

Ao ser desenvolvido por Greenspan (2000), o Floortime não precisaria ser aplicado apenas por profissionais certificados, mas também por pais e cuidadores da criança, quando corretamente instruídos, considerando que a família está presente com a criança por mais tempo, e os inúmeros benefícios quando está torna-se ativa no tratamento.

Uma vez que a abordagem imputa como fundamento de sua prática as relações espontâneas que acontecem no decorrer das brincadeiras, o brincar torna-se o eixo principal do desenvolvimento infantil, e, contudo, é reconhecido que a evolução das capacidades no desenvolvimento é aumentada quando ocorre juntamente a uma experiência prazerosa para a criança, fator que potencializa não só a efetividade do tratamento, mas também a aprendizagem. Soma-se a isso, o relato de Greenspan e Wieder (2006) ao que se refere a preferência da criança por quem faz o que ela gosta, o que traduzindo para a linguagem terapêutica, a brincadeira carrega consigo não apenas o interesse da criança, mas também o seu engajamento no

atendimento.

De acordo com Maia (2009), o Floortime também vai servir como uma lupa, para aumentar a visão dos pais e terapeutas a respeito dos pontos fortes e também dos pontos fracos da criança. De forma paradoxal, tanto os atrasos do desenvolvimento quanto as habilidades da criança serão observados simultaneamente, uma vez que, as vivências da relação adulto-criança de forma respeitosa, que permite a criança ser quem de fato ela é, propicia a diminuição dos comportamentos repetitivos e aumenta as chances de engajamento e expansão dos interesses.

Na concepção de Trecker (2001), o brincar é um vetor que permite compreender o nível de desenvolvimento em que a criança se encontra, uma vez que para a autora, as crianças demonstram o atraso em seu desenvolvimento principalmente através das brincadeiras. O DIR, conforme visto anteriormente, considera como passo inicial a identificação da fase do desenvolvimento da criança, e foi por isso então, que foi criada uma classificação pelo Floortime a partir do brincar da criança, para classificá-la no nível apropriado.

Cientificamente, é constatado, através de estudos de caso com crianças tratadas dentro da abordagem DIR-FLOORTIME, a aquisição da compreensão simbólica, o que é de grande valia para o desenvolvimento cognitivo, uma vez que segundo Trecker (2001), é por meio deste que se desenvolve o imaginário da criança, e que fornece sustento para os pensamentos abstratos futuros. Wieder e Greenspan (2003) acrescentam que este é a base necessária para que a criança consiga distinguir seus sentimentos dos sentimentos dos outros, é através da brincadeira do faz-de-conta que a criança autista se insere num mundo em que os símbolos são reflexo da realidade.

Na opinião de Hilton e Seal (2007), o DIR-floortime é a melhor abordagem para que a criança alcance um brincar simbólico, quando comparada a outras abordagens terapêuticas no que se refere ao faz-de-conta, uma vez que consideram ser uma capacidade de extrema dificuldade para uma criança autista.

A partir da apresentação do modelo, assim como seus fundamentos e prática, é possível relacioná-lo à Gestalt- Terapia, uma das muitas vertentes da psicologia, em sua aplicação clínica através da comparação entre ambas. Para isso, no próximo capítulo será brevemente apresentada a GT e posteriormente será exposta a conexão entre as abordagens no intuito de favorecer a criança autista quando estiver em psicoterapia.

A GESTALT-TERAPIA

UM BREVE HISTÓRICO DE SUAS BASES FILOSÓFICAS E TEÓRICAS

A Gestalt - Terapia é uma abordagem teórica dentro da Psicologia, que iniciou em meados dos anos 1940, a partir de discussões feitas por um grupo de estudiosos, mais comumente conhecido como grupo dos sete.

Porém somente a partir da publicação do livro “*Gestalt-Therapy*” em 1951, é que ela foi consagrada como abordagem. Tal obra continha anotações de Perls e discussões do grupo dos sete, o qual Perls parte integrante e líder. Além dele, o grupo dos sete era constituído por, Laura Perls, Paul Goodman, Paul Weisz, Elliot Shapiro, Sylvester Eastman, e Isadore From. Perls obteve diversas influências ao longo do seu processo de construção como teórico da Gestalt-Terapia. Dessa forma, portanto, a Gestalt-Terapia foi fundamentada a partir de bases filosóficas, como, o Humanismo, o Existencialismo e a Fenomenologia e por bases teóricas, como a Teoria de Campo de Lewin, Psicologia da Gestalt e a Teoria de Organísmica de Goldstein.

Segundo Ribeiro (2007), os referenciais Humanistas, Existenciais e Fenomenológicos que embasam a Gestalt-Terapia, promovem o respeito à singularidade do indivíduo por meio da interação, sendo essa uma abordagem psicoterapêutica que valoriza a intersubjetividade, o que confirma que a capacidade de compreender e tratar o ser humano ocorrem a partir da totalidade existencial e pelo desenvolvimento por meio da interação.

Sob a perspectiva humanista, Sartre (2012) conclui que o homem deve ser o centro, valorizando sempre aquilo que tem de belo e positivo. Dessa forma, o homem deve ser compreendido e visto para além de um sintoma ou diagnóstico, validando de fato suas potencialidades e forças, exprimindo sua singularidade.

E nessa perspectiva é possível compreender o ser humano como ser integrado e em formação, como revela Sartre (2012), a existência precede a essência, o que sugere que o homem surge no mundo sem ter definições previamente estabelecidas, e através das relações concebidas é que poderá vir a ser livre para realizar escolhas, e consumir seu projeto de vida de ser-no-mundo.

A partir do existencialismo, o homem é considerado como ser capaz de transformar as realidades propostas, uma vez que é sujeito de sua história, com oportunidades reais de construir relações significativas com o mundo, com o outro e consigo mesmo. Yontef (1998) acrescenta que o homem pode construir-se através da totalidade das relações estabelecidas enquanto um ser-no-mundo.

Baseado nessa vertente, o uso de conceitos como inclusão, presença, confirmação, aceitação e encontro genuíno, a Gestalt-Terapia constrói sua ótica metodológica dialógica, com foco na relação terapeuta-cliente, a fim de aprofundar na experiência subjetiva do cliente, aceitando-o em sua totalidade, singularidade e respondendo, a cada momento, às mudanças. Essa conduta exige deste profissional um movimento de “ir e vir”: estar centrado na própria existência e ser capaz de ver o mundo, por alguns momentos, com os olhos do cliente (BUBER, 2001; YONTEF, 1998).

Segundo Yontef (1998), a Gestalt-Terapia em sua prática clínica, se apropriou desse pensar, e para aplicá-la a epoché ou redução fenomenológica é retratada com um dos passos a serem seguidos, consistindo na suspensão de qualquer juízo existente pressupostamente,

para que a realidade possa ser conhecida tal como ela é, em sua natureza, viabilizando a descrição que surge no contexto.

Yontef (1998) prossegue ao dizer que caminhar nessa perspectiva, propicia ao terapeuta uma ampliação da consciência, conhecida como awareness, que acontece sempre no aqui-e- agora e é marcada como a possibilidade de compreender o que ocorre no mundo do cliente no momento presente, tanto a nível corporal, quanto mental.

Para Frazão (2013), a Gestalt-Terapia é uma abordagem fenomenológica, o que significa que possui a proposta de 'voltar as coisas mesmas', ou seja, perceber as experiências como de fato foram vividas pela pessoa que as conta. Dessa maneira, trabalha-se com o fenômeno que surge no presente, sendo algo totalmente trazido e expressado pelo cliente, e não uma tradução do terapeuta a respeito do que se fala.

Para Polster & Polster (2001), a fenomenologia fala também da responsabilidade de si mesmo, e a Gestalt-Terapia revela sobre a necessidade do indivíduo se implicar na vida, nas situações que o cercam ou que se submete, entrando em contato consigo mesmo, e com seus sentimentos, permitindo-se sentir, de forma consciente e construtiva o que se vive. Sempre priorizando o aqui e o agora.

A teoria organísmica por sua vez, tem como proposta, compreender o ser humano de forma holística, ou seja, considerar a totalidade como unidade básica para o entendimento do funcionamento humano, do sintoma, da autorregulação e da transformação do organismo quando algo é modificado no campo das perspectivas. Ribeiro (1985) confirma que a partir desse olhar, é viável afirmar que o homem é um ser dinâmico, o qual vive em busca de homeostase – processo de manutenção do equilíbrio, e apresenta sua figura fluida, conforme o campo em que está imerso.

A Psicologia da Gestalt, segundo Kohler (1980), julga os fenômenos psicológicos como um conjunto independente, indivisível e vinculado na sua configuração, organização e lei interna; prega que o todo é muito mais que a soma de suas partes, e justifica afirmando que as percepções de elementos sozinhos geram uma condição organizada e única, com um significado igualmente distinto para cada pessoa.

Segundo a teoria de Lewin (1965), a expressão dos fatos coexistentes em sua totalidade, a dado momento é gerada sob condições bilaterais de interdependência, cujo resultado depende da perspectiva dessa correlação entre sujeito e objeto. Portanto, baseado nessa teoria, Ribeiro (1985) ressalta que o homem é observado como um ser em constante movimento em um campo fenomênico total, onde não é só o campo que irá influenciar o desenvolvimento de comportamentos saudáveis ou adoecidos desse homem, mas também a sua perspectiva sobre campo, assim como a sua forma de se relacionar com esse campo, entendendo que o adoecer seria o resultado de uma desarmonia entre a pessoa e o ambiente.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS:

Ribeiro (1985) ao saber que todas as funções do homem precisam de objetos e ambientes para se completar, denominou-se esse campo interacional que é físico e social de campo organismo/meio em Gestalt-Terapia. O campo, portanto, forma uma unidade dialécticadiferenciada. Nessa concepção de campo nada poderá ser compreendido de forma isolada, precisará haver um intercambio organismo-meio enfatizando a interação dialética de interferências recíprocas entre ambos, ou seja, o organismo afetando o meio, e o meio afetando o organismo. Sendo assim, o contato remete a ideia do organismo em um campo e as interações entre eles. Essas interações ocorrem na 'fronteira de contato', a qual é reconhecida como lugar de experiência. A experiência é essencialmente o contato.

O conceito de contato em Gestalt-Terapia, fala a respeito do modo como o indivíduo se relaciona com o mundo. Para Ribeiro (2007), contato é um termo que faz referência ao processo de reconhecer o self e o outro através da deslocação em direção ao conectar-se/fluir-se e também por separação/afastamento. Dessa forma, refere-se a um processo que consente o fluir da relação, considerando que a experiência humana é promovida a partir das vivências do indivíduo.

O contato assim como a fuga, é um meio para lidar na fronteira com os objetos do campo. Dessa forma, para Ribeiro (1997) o contato não é necessariamente saudável, e por sua vez, a fuga não possui um sentimento bom ou ruim, ambos são apenas uma maneira de responder a fronteira.

Ribeiro (1997) ressalta ainda que o contato não pode aceitar a novidade de forma passiva ou se ajustar a ela, porque a novidade tem que ser assimilada e compreendida. O processo de assimilação dessa novidade é o que garante o crescimento do organismo e sua preservação.

A fronteira, refere-se ao entre, não pertencendo nem ao organismo e nem ao meio, está na interdependência e diferenciação dos elementos do campo. Para Ribeiro (2006), se o campo é a junção do organismo e meio, a fronteira de contato é aquilo que une e separa o organismo do meio. A fronteira surge como algo dinâmico, fluido, e que se faz à medida que se está em contato com as pessoas e o mundo. A fronteira é permeável e na medida em que se abre ao mundo, ela tende a se expandir e se tornar mais fluida, porém à medida que se fecha com medo ou inibidos ela tende a se retrair, a se encolher e torna-se rígida, dificultando ou impedindo o contato.

Ribeiro (2006) revela que o ajustamento criativo, é o processo pelo qual o indivíduo encontra em si mesmo ou no meio, através de sua espontaneidade instintiva, a solução de forma clara ou implícita para autorregular-se. E continua enfatizando, que autorregular-se, significa ajustar-se, e, portanto, é preciso utilizar soluções já disponíveis no organismo, buscar novas soluções ou permitir que o organismo consiga através do contato corpo - meio uma solução que seja viável e funcional.

Viver requer um ajustamento criativo perdurável. Ribeiro (2006) ressalta que é o processo de ajustamento criativo que preserva as coisas

diferentes umas das outras. E ainda afirma que é o fato de considerar tudo igual que faz o indivíduo adoecer. Ajustar-se, portanto, é a função máxima de distribuição do organismo, a qual cuida de cada parte e não permite que nada falte a nenhuma delas para seu funcionamento perfeito. Isso não significa consertar o que funciona mal, mas sim adequar-se a cada função corpo-pessoa, a fim de que o terapeuta se ajuste a seu cliente também.

Segundo Polster & Polster (2001) o conceito do “aqui-e-agora”, refere-se a ideia de que deve ser levado em consideração aquilo que é apresentado como fenômeno no momento atual, o que tem como objetivo maior, promover o contato e a awareness. Independe de seu tempo cronológico, ou seja, o “aqui-agora” é um conceito atemporal. O foco desse conceito é a relação terapeuta-cliente, essa é a relação que ocorre no momento em que os fenômenos surgem, e deve servir para que o consulente entre em contato com aquilo que emerge, tendo por base e modelo suas experiências vivenciais reais e futuras.

Outro conceito importante dentro da Gestalt-Terapia, é o de ‘figura e fundo’, sendo este conceito herança da Psicologia da Gestalt. Tal pensamento, segundo Kohler (1980), abrange a compreensão de que tanto a figura como o fundo são partes de um todo, no qual um não existe sem o outro, e permite a compreensão do Gestalt-Terapeuta de que as figuras são as necessidades que impulsionam as ações do sujeito, e o fundo é o contexto em que essas necessidades emergiram. E dessa maneira, portanto, conforme as necessidades são sendo supridas, o fundo também é alterado e ambos estão em constante movimento de emergir e diluir-se.

Segundo Frazão e Fukumitsu (2013), por ser a maior herança da fenomenologia para a Gestalt-Terapia, a noção de temporalidade permite pensar nas propriedades e dinâmicas do self. O self é a força que forma a gestalt no campo e a sua atividade é formar figuras e fundos. Ele é flexivelmente variado, por mudar de acordo com as necessidades orgânicas dominantes e os estímulos ambientais presentes, é então o sistema de respostas. O self é compreendido como um processo, e existirá onde houver uma interação de fronteira e sempre que ela existir. Frazão e Fukumitsu (2013) enfatizam que é o funcionamento do self que permite os ajustamentos criativos do organismo/ambiente.

Como desfecho, Ribeiro (1997) ressalta que o contato de má qualidade circunscreve uma figura opaca, confusa e sem vigor. O campo então não pode emprestar sua urgência e seus artifícios para o fechamento dessa figura. Pois o fundo só existe quando há uma figura clara, e a figura só existe se houver um fundo que a contraste. Quando não há uma fluidez dinâmica de formação figura/fundo, ocorrem disfunções do contato, ou seja, interrupções na sequência de contato; que trarão dificuldades ou conflitos para o indivíduo, pois ele não conseguirá perceber ou atender a sua necessidade.

A GESTALT-TERAPIA COM CRIANÇAS

Ao falar da condução do processo terapêutico com crianças, é preciso enfatizar que se deve seguir os princípios da relação dialógica para embasar a postura do terapeuta diante da criança e de seus pais. Antony (2010) ressalta que em tal relação dialógica, a relação terapêutica é base fundamental para que o terapeuta tenha condições para o desenrolar dos conflitos vividos pela criança. Para que isso ocorra, é preciso que o terapeuta esteja totalmente presente nessa relação dialógica, estando disponível ao contato sempre respeitando a individualidade da criança e de sua família, sempre em busca de uma relação horizontal, sem exercer poder ou imposição de saber sobre a percepção interna e externa da criança. Para Antony (2010), a abordagem dialógica é primordial para o estabelecimento do contato, a criação do vínculo, resultando num engajamento da criança e dos pais durante o processo terapêutico.

Para ser um psicoterapeuta de crianças é preciso que se tenha um envolvimento ativo e autêntico, no qual o gestalista valorize a forma de comunicação entre ele e a criança, honrando o modo de ser e também suas resistências, reconhecendo-se como uma ferramenta na condução do processo terapêutico. Antony (2010) completa que é preciso respeitar o ritmo, a espontaneidade e a singularidade da criança, a qual, dentro de seus mecanismos de autorregulação, expressa um movimento próprio capaz de organizar as escolhas dos brinquedos, jogos e/ou atividades durante os atendimentos. A sua presença íntegra, consciente e sincera constrói uma relação sólida e alicerçada em confiança mútua. Na terapia nada é possível sem uma boa relação, e não se constrói uma boa relação sem que haja um bom contato.

Para Antony (2010), a criança nasce com capacidade plena de seus sentidos, corpo, expressão emocional e intelectual, pois já é pré-disponível a um sistema de contato, o self, o que lhe possibilita a clamar pelas suas necessidades e reagir aos apelos do ambiente. A autora continua relatando que os pais devem deixar as crianças experimentarem o mundo e o próprio corpo, fazendo-a com que seja guiada pela própria excitação e percepção interna e externa.

Aguiar (2014) afirma que a Gestalt-Terapia com crianças, fundamenta-se nos pressupostos da GT como abordagem psicoterápica caracterizada por determinada visão de homem e de mundo, e uma consequente metodologia de trabalho.

Segundo Frazão e Fukumitsu (2013), a ênfase dessa abordagem é dada à responsabilidade de si mesmo, as experiências individuais com o momento atual em que se vive, ou seja, no aqui e agora, a autorregulação do indivíduo e aos ajustamentos criativos, levando sempre em consideração o contexto social e o meio ambiente, o qual fazem parte da formação do ser de um modo geral.

Almeida e Brandão (2018) revelam que assim como na clínica com adultos, é justamente na relação terapeuta-cliente que se é possível

desenvolver um trabalho a partir das vivências experienciadas no aqui-e-agora, com objetivo único de alcançar a *awareness*.

Desde estudos de Freud, se pode perceber a importância da brincadeira para o desenvolvimento da criança, segundo Aguiar (2014) a descoberta de Freud a respeito da criança com o papel ativo quando se instalava uma brincadeira, foi essencial para fundamentar a função crucial da brincadeira na criança, a qual tem potencial transformador de seu meio para suprir suas necessidades.

A Gestalt- Terapia compreende importância do primeiro ano de vida da criança, segundo Aguiar (2014), ele não é tido como determinante do desenvolvimento futuro dessa criança. Porém, devido ao campo social reduzido de uma criança em seus primeiros anos de vida, torna-se suscetível a incorporação de introjeções disfuncionais para seu processo de desenvolvimento. Aguiar (2014) prossegue trazendo comparação aos estudos de Klein sobre a importância da integração entre as polaridades de amor e ódio, o qual foi denominado por ela, com referencial de saúde, entretanto, para a GT, o ser humano como já dito anteriormente, é considerado em sua totalidade, não apenas em amor e ódio, na qual são diferenciadas em opostos e sua integração revela um dos objetivos da psicoterapia.

Aguiar (2014) continua ao ressaltar que Klein a partir da técnica do brincar, não só inaugura um caminho específico para trabalhar com crianças, mas além disso, aponta como traço essencial delas o fato de terem outra linguagem que não a verbal. Dessa forma, é impossível não constatar a importância dessa teoria na prática psicoterapêutica, uma vez que a linguagem verbal foi caracterizada como sendo mais uma possibilidade de contato, e não a única.

Dito isso, é possível então apresentar o funcionamento da Gestalt-Terapia com crianças, compreendendo melhor seus princípios e sua prática. Além disso, sendo mais específico no que diz respeito a crianças diagnosticadas com autismo.

O AUTISMO SOB O OLHAR GESTALT-TERAPIA

Chaim e Suassuna (2015) associam os mecanismos de evitação de contato à compreensão do TEA, baseado na Gestalt-terapia, pode ser visto como um problema de contato e fronteira, relacionado ao endurecimento dos limites das fronteiras de contato e aos impedimentos de realizar introjeções daquilo que foi aprendido, motivando a criança a bloquear a comunicação do organismo com o ambiente, a partir do isolamento e das limitações em sua capacidade de criar relações. Esses comportamentos procedem da percepção da criança em avaliar o ambiente nocivo e, portanto, considerar preciso encontrar meios para se resguardar.

Amescua (1999) diz que:

O autismo se configura como o 'enrijecimento' dos limites das fronteiras de contato que bloqueia a comunicação do organismo com seu ambiente, deixando a criança isolada, no sentido que sua capacidade para estabelecer relacionamentos é largamente diminuída. Como resultado seu crescimento e desenvolvimento com ser humano é interrompido, e seu potencial se torna estagnado em uma variedade de forma (AMESCUA, 1999, p3).

Amescua (1999), defende que o indivíduo com autismo estaria fixado na fronteira de contato por não ser capaz de distinguir entre o que é externo e o que é seu, atribuindo-lhe um sentimento de inexistência, tal contexto o ameaça e ele se resguarda acoplando-se a objetos que atuariam como prolongamento de seu corpo possibilitando a ilusão de existir.

A partir da definição de Amescua (1999), se pode notar que o indivíduo no TEA padece de uma grande perda no contato com o mundo, situação que dificulta a awareness, uma vez que para que ela seja alcançada é primordial o contato, assim como a noção real do todo, da integralidade, da qual aparentemente esse indivíduo não possui. Contudo, nada disso desqualifica as possibilidades que a psicoterapia com base na GT pode proporcionar, prosseguindo na direção de estabelecer, de formas alternativas, o contato, objetivando exercer o direito à cidadania, além do desenvolver as potencialidades promovendo ajustamentos criativos mais funcionais.

Levando em consideração essa dificuldade da criança com autismo de se relacionar, a importância da família é aumentada, uma vez que para a Gestalt- Terapia, a família receber a maior representatividade do campo em que essa criança está inserida e em interação contínua. Desse modo, para Aguiar (2014) após compreender o contexto familiar assim como as funções estabelecidas, se faz conhecido o diagnóstico assim como as possíveis intervenções e suas prioridades.

Por fim, Chaim e Suassuna (2016) consideram primordial que os pais tenham conhecimento e estejam imersos de forma prática em toda a sintomatologia, se fazendo necessário a elaboração do luto do filho ideal para que a partir daí seja possível considerar e construir novas possibilidades a fim de perceber e validar as reais condições, capacidades e potencialidades que a criança possui.

Diante de tudo isso, ao compreender o contexto sob a ótica relacional e de campo, certamente a família receberá um papel de destaque no que diz respeito a participação ativa de todo o processo, o que traz benefícios ao desenvolvimento das habilidades da criança favorecendo simultaneamente a construção e consolidação do relacionamento entre pais e filhos.

Sabe-se que o brincar é a linguagem da criança, e certamente para a Gestalt-Terapia com criança será o brincar a ponte que proporcionará o

terapeuta chegar até a criança. É preciso utilizar a linguagem lúdica para que então seja possível acessar o que essa criança quer falar através de suas brincadeiras. Para Oaklander (1980), o brincar é a forma de autoterapia da criança, e é por meio da brincadeira que a criança externaliza suas ansiedades e conflitos corroborando para uma melhor elaboração.

Oaklander (1982) ressalta que objetivo do processo terapêutico para a GT com crianças é o de resgatar o curso satisfatório do desenvolvimento da criança, proporcionando oportunidade de reaver o entusiasmo e o contato pleno com o mundo por meio da disponibilidade de seus sentidos, do reconhecimento de seu corpo e forma, do reconhecimento, da assimilação e expressão de seus sentimentos suprimidos, da oportunidade de escolher e expor suas necessidades, assim como a possibilidade em satisfazê-las, além de tudo, da aceitação de si mesmo, com todas as suas particularidades.

Aguiar (2014) afirma que esse processo pode ser caracterizado como semidireto, a medida em que o terapeuta consegue intervir não apenas com questionamentos e validações através da fala, mas também a partir de intervenções no material que é trazido pela própria criança com propostas chamadas em GT de experimentos. Tais experimentos, portanto, acontecerão sempre mediante aquilo que a criança traz como necessidade, facilitando dessa forma futuras descobertas de algo a mais sem que haja interrupções, sem que seja instigada a determinado comportamento, deixando-a sempre como centro de sua psicoterapia e na direção dela.

Ao falar então da GT com uma criança autista, é necessário que se compreenda a visão do autismo para a Gestalt-Terapia, ou seja, é necessário haver uma compreensão de quem é a pessoa, não a definindo, portanto, como um ser apenas autista. Aguiar (2008), sugere aos terapeutas que atuam nessa clínica, a partir da base da GT sendo fundamentada na fenomenologia, que as ideias e pré-conceitos estabelecidos por meio do diagnóstico e dos relatos dos familiares sejam desconsiderados, para que todas as suas potencialidades possam ser trabalhadas de forma íntegra.

Morato (1995) revela que uma criança com autismo, por meio do processo de autorregulação, utiliza-se do ajustamento criativo em seu comportamento. Dessa forma, buscando um equilíbrio anteriormente perturbado, encontra uma maneira de se expressar. É necessário que haja respeito, acolhimento e estímulos para que esses ajustamentos criativos continuem ocorrendo. Dessa forma, favorece-se a criança de desenvolver awareness, ou seja, possibilita que ela entre em contato com seu corpo, suas necessidades, com o ambiente e o aqui e agora.

Oaklander (1980) já havia dado ênfase a questão corporal das crianças com autismo, afirmando ser primordial que durante as terapias haja possibilidades de se despertar a consciência e a descoberta do corpo por meio de atividades sensoriais.

O DIR-FLOORTIME: SOB O OLHAR DA GESTALT-TERAPIA

OS CONCEITOS SEMELHANTES:

Temple Grandin (2016) vai dizer em seu livro sobre o autismo:

Mas tenho certeza de que, qualquer que seja o pensamento sobre o autismo, vai incorporar a necessidade de considerá-lo isoladamente, cérebro por cérebro, filamento por filamento de DNA, característica por característica, ponto forte por ponto forte e talvez o mais importante, indivíduo por indivíduo (GRANDIN, 2016).

Assim como para o DIR-FLOORTIME, quanto para a GT, cada criança autista é única, e devido a isto, não há um modelo estabelecido para os ajustamentos criativos. A história e o contexto devem ser pensados, assim como as individualidades de cada um, como sugere o I do modelo. Tal entendimento também está relacionado ao conceito de campo de Lewin, no qual o organismo e o meio não podem ser compreendidos isoladamente, como já expresso no capítulo anterior, trata-se de uma interação a qual o organismo afeta o meio e o meio afeta o organismo (MORATO, 1995; GREENSPAN E WIEDER, 2006).

Yontef (1998) constata que a principal atitude fenomenológica que o psicoterapeuta deve pautar seu trabalho é a de identificar e considerar aquilo que emerge como importante para o cliente, e dessa forma, trabalhar com ele com base do que acontece na sessão, de modo algum, o psicoterapeuta deve tentar impor ou direcionar o andamento da sessão para o que ele considera mais importante. A partir de sua prática com crianças com autismo, Oaklander (1980) reafirmou que ao se permitir vivenciar o processo da criança sem impor-lhes atividades pré-determinadas, gerava resultados muito mais gratificantes, ainda sim, é crucial se manter atento aos sinais dados pelo cliente além de envolver-se no processo conforme ele permita.

Amescua (1999) contribui dizendo que é fundamental aproximar-se da criança com uma maneira receptiva e colhedora, afim de que essas crianças aceitem ao chamado do terapeuta para dentro do ser a partir do próprio ser. Isso só se torna possível se o cliente no TEA esteja confortável, seguro e confiante para realizar novas descobertas de si, do seu corpo, diferenciando-se do resto do mundo em busca da sua singularidade e humanidade, tudo isso só ocorre quando o psicoterapeuta cria um espaço seguro, de liberdade, de consideração e de respeito para sua criança.

As sessões, sempre com objetivos demarcados, porém sem atividades diretivas, devem ser criativas e sempre seguindo e respeitando o interesse da criança, deixando-a num ambiente confortável, seguro e afetivo, o que favorece, portanto, o avanço de seu desenvolvimento.

O terapeuta que se propõe a trabalhar com uma criança autista, deve

estar disposto a encarar desafios a fim de desenvolver também seus próprios ajustamentos criativos. Isso devido a constante imprevisibilidade que é a criança, e ainda com a particularidade do autismo, uma vez que este pode vir acompanhado de muitas limitações e dificuldades. Frente a uma criança com autismo, é indispensável estar em constante contato com ela a fim de que se perceba as dificuldades que a rodeia. Se o contato não é estabelecido, a relação EU-TU, não acontece (MORATO, 2015; GREENSPAN E WIEDER,2006).

As brincadeiras sempre serão a base de todas as sessões, uma vez que esse é o ponto de interesse das crianças em geral, e a partir da linguagem lúdica, assim como da expressividade e modulações vocais é que será possível contribuir para o desenvolvimento emocional dessa criança, a saber desde identificar um sentimento e nominá-lo, assim como ter empatia com o próximo e repensar determinados comportamentos (AGUIAR, 2014; CHAIM e SUASSUNA, 2016).

O uso de artifícios sensoriais são de extrema importante para que alguns níveis do desenvolvimento sejam alcançados. Como exemplo temos tecidos, balanço, água, areia, massinha, sons, luzes, balanços, tudo isso com objetivo de proporcionar a criança um ambiente seguro, acolhedor e desejado para que então o processo terapêutico ocorra com sucesso. Tais recursos são pautados pelo I, o qual promove o estabelecimento da integração sensorial respeitando a individualidade de cada criança. De fato, o que será bom para uma criança, não necessariamente será bom para outra criança, mesmo que ambas estejam dentro do TEA.

Segundo Hycner (1995), a presença integral do terapeuta nas sessões é indispensável, uma vez que se trabalha a partir de uma relação dialógica, o terapeuta não deve estar apenas de corpo presente, mas também inteiro com absoluta atenção as experiências do cliente, sem perder-se de si mesmo, para que o encontro seja efetivado. Essa consciência requerida, trata-se daquela a qual direciona-se completamente ao processo de existir da outra pessoa.

As atividades realizadas durante as sessões, são de prioridade, atividades capazes de promover a autorregulação, o engajamento e a interação dessa criança com o terapeuta e a família, a qual é sempre incluída nas sessões, a fim de que se proporcione a efetividade de um vínculo emocional saudável.

Diante disso, Hycner (1995) continua ressaltando que é por meio do anseio de se ser aceito que o indivíduo elege uma outra pessoa como alicerce, e por meio dos sentimentos de aceitação de sua singularidade experimentados nessa relação dialógica é que esse indivíduo poderá replicar em outras relações.

No que diz respeito a prática clínica, como citado anteriormente, as sessões são realizadas com base nos princípios da gestalt-terapia em interface com o modelo DIR-FLOORTIME, ou seja, considerando o contexto da criança e da família, avaliando e ponderando em qual nível de desenvolvimento a criança está, e quais são suas particularidades.

A família portanto, segundo Brandão (2017), passa a funcionar como parceira no desenvolvimento da criança com autismo, dessa maneira, o psicoterapeuta deve integrá-la como parte do processo, e de igual modo, compreender suas limitações e oferecendo sempre o suporte necessário para os momentos de frustração, sempre promovendo uma via clara de comunicação a favor da criança, dando-lhes orientações referentes aos procedimentos escolhidos, e sempre incentivando a família a dar credibilidade a criança, em suas potencialidades, afim de promover a homeostase do cliente.

Brandão (2017) enfatiza sobre a importância de prestar esclarecimentos aos pais a respeito das dificuldades da criança, deixando claro em famílias onde as crianças possuem autismo não verbal, de que a deficiência na fala e comunicação não se abrange ao sentir e a compreensão, e que, portanto, devem ser aceitas, respeitadas, e acolhidas como realmente são. Os pais precisam demonstrar amor e apoio, investido na relação com seus filhos, mesmo que a respostas deles não seja de fato como se esperava.

Este é outro importante ponto comum encontrado entre os princípios do Floortime e da Gestalt-terapia, a valorização da parceria com a família da criança durante o tratamento. Greenspan e Wieder (1997), em sua primeira pesquisa, já sinalizavam a relevância do comprometimento e envolvimento da família no tratamento da criança, propondo que ela realizasse cerca de seis sessões diárias de 10 a 20 minutos de Floortime com o filho em casa. Sollomon et al. (2007) citam os pais como agentes fundamentais no processo, pois passam mais tempo com a criança do que os terapeutas, 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.

Brandão (2017) compreende também sobre a importância da parceria não só com a família, mas também com a escola, viabilizando comunicar a equipe escolar e também a criança de que ela é capaz de aprender e de participar de rotinas escolares, para tanto é preciso primeiro ser compreendida em sua totalidade e singularidade, sendo respeitada no seu próprio modo de ser e estar no mundo.

Esse é o princípio que rege o R do modelo. Quanto maior e mais saudável for as relações que envolve essa criança, melhor será seu desenvolvimento em todos os seus aspectos. Dessa forma, se torna evidente a relação entre afetividade, contato saudável e desenvolvimento social, emocional e cognitivo.

Brandão (2017), prossegue afirmando que o ideal seria a integração de uma equipe interdisciplinar, composta principalmente de pediatra, psiquiatra, neurologista, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, e tantos outros profissionais da saúde e da educação, a fim de promover uma visão mais ampla sobre a criança, e montar um plano de intervenção de forma individual focado nas suas prioridades.

Portanto, quando se pensa então na clínica gestáltica utilizando o

recurso do DIR- FLOORTIME com crianças com autismo, é necessário considerar alguns pontos como cruciais, mesmo compreendendo que cada relação terapeuta-cliente é uma, e que nem sempre tudo será possível aplicar-se, tais pontos são: disponibilidade e presença integral do psicoterapeuta durante as sessões; validar as potencialidades do cliente e sua totalidade, jamais o reduzindo ao seu diagnóstico; proporcionar um ambiente livre e seguro para que o cliente faça suas próprias escolhas; disponibilizar recursos e ferramentas para livre expressão e comunicação do cliente, principalmente recursos lúdicos ao se tratar de crianças; despertar a consciência corporal por meio de atividades sensoriais, ser paciente e não ser ansioso, acreditar na capacidade de autorregulação da criança; promover a confirmação e a aceitação do cliente, sempre; apresentar apenas as demandas que a criança com autismo esteja capaz de suportar e aumentando-as conforme sua evolução; estabelecer parcerias com a família e com outros contextos sociais em que a criança com autismo esteja inserida; verificar a viabilidade do atendimento integrado a uma equipe interdisciplinar, conforme suas prioridades de necessidades (CHAIM e SUASSUNA, 2016).

A POSTURA DO GESTALT-TERAPEUTA DIR-FLOORTIME

Numa primeira sessão, a conduta ideal de um Gestalt-Terapeuta e de um terapeuta DIR- Floortime, deve ser de validar primeiramente a família como peça fundamental no processo terapêutico da criança, uma vez que tanto para a Gestalt-Terapia quanto para o DIR, a criança faz parte de um contexto maior e que também deve levado em consideração (PIACENTINI, GOLDSTEIN E CAPELLI, 2011; AGUIAR, 2014).

Ainda na primeira sessão, Chaim e Suassuna (2016) defendem que o terapeuta deve assumir um papel de observador, proporcionando a criança a oportunidade de liderar e expressar livremente seus interesses, papel esse que é baseado tanto na abordagem da Gestalt, quando no modelo DIR-Floortime (PIACENTINI, GOLDSTEIN E CAPELLI; AGUIAR, 2014).

O Gestalt-Terapeuta precisa compreender que ao direcionar as brincadeiras e chamar a criança insistentemente a fazer algo que fuja ao interesse dela, é provável que a criança responda com irritabilidade, recusa, isolamento, choro, e talvez, tais comportamentos que poderiam ser considerados como defeitos, no entanto devem ser compreendidos, segundo Chaim e Suassuna (2016) como ajustamentos criativos.

Chaim e Suassuna (2016) prosseguem conceituando que, ao validar as intenções comunicativas da criança, respeitando a forma como ela se comunica, revela uma vertente humanista a qual defende que todos os indivíduos são dotados por uma força inata que os direciona para a autorrealização, tal característica é utilizada de forma ativa em todas as suas habilidades na aplicabilidade total de suas potencialidades.

É papel do terapeuta alertar os pais, a família e os cuidadores quando essa validação não ocorre, para que eles ao alcançarem a awareness, passem a agir de forma a estimular e a autonomia de seus filhos. Quando

isso ocorre, e a criança percebe que está sendo percebida e respeitada, o engajamento ocorre, tanto com a família, quanto com o terapeuta. Isso vale dizer que a relação direta entre a experiência sentida e o afeto a ela vinculado permite a criança a demonstrar intencionalidade em um ato para um determinado fim. Para Greenspan e Wieder (2000), a criança passa a perceber que suas ações produzem efeitos nos comportamentos das outras pessoas.

É importante ressaltar que todas as atitudes do terapeuta no que diz respeito a intervenção da criança no TEA, deve estar compatível com os princípios da Gestalt-Terapia e do DIR-Floortime, ou seja, deve ser baseado naquilo que a criança traz, e conforme diz Aguiar (2004), a partir do momento em que o terapeuta entra na brincadeira da criança, através da imitação do seubrincar, poderá de forma gradativa expandir a brincadeira, possibilitando a criança a compartilhar (GREENSPAN & WIEDER, 2010).

De acordo com os referenciais mencionados (Gestalt-Terapia e DIR-Floortime), a validação e confirmação da singularidade são atitudes de respeito e reconhecimento. Chaim e Suassuna (2016) enfatizam dizendo que o cliente deve ser ouvido, respeitado e compreendido dentro de seu modo singular de ser. Sendo assim, ao observar atitudes que caracterizam um sintoma, é necessário que haja compreensão do comportamento para além de um sintoma a ser tratado, uma vez que sob o olhar da Gestalt, a criança deve ser vista como um todo e não partes.

O terapeuta DIR- Floortime, segundo Piacentini, Goldstein e Capelli (2011) atua como mediador do processo gradual de passagem de apoio em suportes de outro para o reconhecimento e criação de recursos próprios. Igualmente para a Gestalt-Terapia, Andrade (2014) ressalta que a pessoa constrói o autoapoio a partir de experiências contínuas com o meio, dependendo do apoio do ambiente, o que chamamos de heterosapoio, para desenvolver o autoapoio.

Somente após a criação de vínculo, o engajamento com a criança, e a validação da intencionalidade comunicativa da criança, é que se é possível fazê-la compreender e respeitar regras, de acordo com o Floortime, é preciso oferecer descrição imediata das situações para ensiná-la o caminho (PIACENTINI, GOLDSTEIN E CAPELLI, 2011).

Para Antony (2012), é preciso transcender o diagnóstico e o olhar para além das queixas iniciais dos pais sobre a criança, para que seja possível desvendar as potencialidades da criança. A compreensão de todos os contextos em que a criança está inserida é indispensável, uma vez que a criança precisa ser tratada a altura de suas potencialidades, e nunca sendo diminuída ao sintoma ou diagnóstico apresentado. Dessa forma, faz parte do papel do terapeuta averiguar como essa criança é recebida na escola, em casa, e em demais centros sociais que faz parte.

A compreensão do contexto escolar está presente na interface Floortime/Gestalt-Terapia, uma vez que para a Gestalt-Terapia a escola faz parte do campo, e o comportamento é reflexo das relações, para Yontef (1998) o observado em um dia não é necessariamente a estrutura, e simo

resultado dela. Portanto, conclui Ribeiro (2007), compreender o comportamento a partir de fatos isolados, significa distorcer as características originais do fenômeno.

É de suma importância o terapeuta aguardar o tempo de processamento da informação da criança, Chaim e Suassuna (2016) revelam que esse tempo é necessário para que a criança organize os estímulos recebidos de forma interna e externa, Ayres (2005) prossegue dizendo que tal organização é denominada integração sensorial, que diz respeito ao processo cerebral que produz respostas adequadas para que o corpo associe as sensações de forma adequada ao ambiente. Para Yontef (1998), isso refere-se ao conceito de autorregulação orgânica, na qual o homem possui um princípio que rege a manutenção do corpo em busca do melhor equilíbrio de acordo com o campo.

Outro conceito importante que faz semelhança entre o Floortime e a Gestalt-Terapia, conforme relatam Chaim e Suassuna (2016), é o entendimento de que o indivíduo não possui uma condição nata ou adquirida, mas sim construída, ou seja, está em desenvolvimento contínuo, o que permite a ideia de que é um ser em transformação, munido de inúmeras possibilidades.

O terapeuta Floortime, tem autonomia para utilizar recursos a fim de mudar/adaptar o ambiente das sessões em prol da autorregulação da criança em atendimento. Segundo Piacentini, Goldstein e Capelli (2011), no Floortime, tais recursos são utilizados a fim de fazer com que a criança se sinta mais confortável e consiga se manter por mais tempo na brincadeira, sem se desregular em função de fatores externos. Em equiparidade com a Gestalt-Terapia, Rogers (2014) afirma que o ser humano tem capacidade em si mesmo para autorrealização, o que proporciona um desenvolvimento criativo e saudável. Porém, conforme relata Ribeiro (1985), o homem se constitui a partir de suas relações interpessoais, e suas forças inerentes podem ser impossibilitadas de se desenvolver por interferências do meio externo.

No que diz respeito ao comportamento, de igual forma em ambas as teorias, deve ser explicado a partir de um conjunto de fatores presentes no campo, o qual envolve o outro, a criança e o ambiente. Sendo assim, só poderá ser compreendido e alterado por meio das relações estabelecidas, sem sofrer nenhum tipo de indução (LEWIN, 1965; PIACENTINI, GOLDSTEIN E CAPELLI, 2016).

É papel do terapeuta permitir a criança ser quem ela é, validando sempre suas potencialidades. Tanto para o Floortime quanto para a Gestalt-Terapia, os princípios primários para a psicoterapia infantil estão em não direcionar as ações da criança, estabelecer um sentimento de permissividade e valorizar as formas comunicativas da criança, para então desenvolver um vínculo sólido entre a criança e o terapeuta (AGUIAR, 2004; TRECKER, 2001).

Segundo Aguiar (2014), o desenvolvimento do ser humano está em constante transformação, a partir de um processo contínuo de ajustamentos

criativos, o que possibilita novas configurações do ser. No Floortime, Lampreia (2007) defende a ideia de que a criança precisa de competências emocionais e cognitivas, uma vez que é a regulação dessas habilidades que promovem novos aprendizados. Voltando a Gestalt-Terapia, Ribeiro (1985), ressalta que a regulação é quem conduz o funcionamento do organismo, o qual deve ser compreendido em sua totalidade.

Para finalizar a comparação entre as semelhanças de ambas as teorias, o último e não menos importante papel do terapeuta deverá insistir e possibilitar os pais a serem ativos no processo terapêuticos de seus filhos, dando a eles ferramentas adequadas, orientações e sempre demonstrando empatia e acolhimento, pois quando os pais são parte ativa no processo a possibilidade de aprender, valorizar as capacidades e respeitar as diferenças é ampliada (ANTONY, 2012; AGUIAR, 2014; PIACENTINI, GOLDSTEIN E CAPELLI, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho exposto teve como proposta avaliar e compreender as semelhanças entre os princípios do modelo de intervenção DIR/FLOORTIME sob o olhar da Gestalt-Terapia, no que diz respeito a clínica com crianças diagnosticadas com autismo. Num primeiro momento relatou-se a história do autismo, assim como de suas apresentações clínicas e necessidades especiais, diferenciando-o de outros transtornos do desenvolvimento.

Posterior a isso, foi exposto o modelo DIR-FLOORTIME, tais quais suas possibilidades de aplicação em diversas áreas que abrangem o cuidado com o desenvolvimento humano, desde a família, passando pela escola, até a equipe médica e terapêutica. Observou-se a importância da integração da família junto a todo o processo, fazendo a família parte ativa e necessária para evolução do quadro da criança no TEA.

Cada sigla representada no modelo de intervenção estudado foi detalhadamente descrita e contextualizada, revelou-se a importância de cada uma delas de forma individual e complementar também. Ao apresentar o D como o desenvolvimento humano individual, trouxe a compreensão de que a partir de uma expectativa de desenvolvimento natural, é possível conhecer e reconhecer o nível de desenvolvimento em que uma criança com autismo esteja enquadrada, e somente após esse reconhecimento é que se é possível iniciar o um planejamento de intervenção.

Da mesma forma, o I, o qual conforme apresentado em detalhes no capítulo 2, refere-se as diferenças individuais de cada sujeito, que ao se tratar de criança com diagnóstico de autismo, deve-se estar atento quanto as possíveis comorbidades associadas ao transtorno, além disso, as possíveis alterações sensoriais, que torna cada criança uma criança, mesmo que com o ponto comum do autismo.

Por fim, o R, foi referenciado e trouxe a compreensão de como é valioso e indispensável a família ser parte integrante do processo terapêutico, é como uma maneira contínua de manter a intervenção ativa para fora das

quatro paredes dos consultórios, além disso, demonstrou a importância de manter uma mesma linguagem com a escola e com outros profissionais que fazem parte da equipe terapêutica da criança.

Após compreender o D.I.R., a Gestalt-Terapia foi descrita, principalmente no que diz respeito à clínica com crianças, e o olhar sobre o autismo. E mediante a isso, equiparou-se o Floortime à clínica com crianças com base na Gestalt-Terapia, além de uma relação entre o autismo e as formas de evitação de contato, que são pautados pela abordagem. As semelhanças entre o modelo e a Gestalt foram nítidas, a visão do terapeuta DIR e a do Gestalt-Terapeuta infantil a respeito da criança com autismo, são complementares, uma vez que não é posto em primeiro plano o autismo como redução do sujeito, mas sim como mais uma das formas de ser daquele sujeito.

Para a Gestalt-Terapia, a partir do diagnóstico diferenciado, o olhar para a criança deve ser limpo, sem permitir que aquele diagnóstico possa gerar uma diminuição da capacidade de realizar algo, mas sempre validar as possibilidades do sujeito, e trabalhar em prol de ajustamentos criativos funcionais.

Ainda na Gestalt-Terapia, a criança com autismo é vista como qualquer outra criança, mesmo que se considere a dificuldade em realizar contato e de manter-se ativa em suas relações, para isso, assim como prega o DIR, elas são expostas a atividades e situações as quais despertem o interesse pelo outro e pelo mundo, para que façam contato e estreitem laços.

Semelhante a clínica com crianças em Gestalt-Terapia, o D.I.R. entra no mundo da criança para que através de seu interesse, que é o brincar, alcance objetivos determinados e haja evolução em seu desenvolvimento. Visa-se, portanto, o bom relacionamento social, e as experiências cotidianas, para fortalecer o seu repertório social e com isso aumentar a autonomia da criança, a capacidade de autogerir-se e sua autoestima.

É de suma importância que cada profissional que compõe a equipe terapêutica da criança possua o mesmo modelo de intervenção, para que nem a família e nem a criança sofra com alterações de metas e objetivos. O apoio a família nesses casos, se torna tão importante quanto o cuidado da criança, uma vez que a família alcança lugares em que a psicóloga não poderá ir, ela é responsável para prolongar as intervenções ao longo dos dias, em sua rotina cotidiana, e enriquecer a criança com experiências afetivas e cognitivas.

Ao finalizar tais estudos, é possível concluir que ambos funcionam de forma separada, mas que juntos, com o mesmo propósito clínico, se complementam e tornam-se facilitadores um para o outro.

De fato, esse estudo tem sua relevância pautada na novidade do modelo sendo aplicado dentro da clínica Gestáltica, tornando-se ferramenta terapêutica e de grande auxílio para a intervenção precoce em crianças com diagnóstico de autismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, L. **Gestalt-Terapia com Crianças – teoria e prática**. 1ª Ed. Campinas: LivroPleno, 2005.

AGUIAR, L. **Gestalt-Terapia com Crianças: Teoria e Prática**. 2ª Ed. São Paulo, Summus, 2014.

AMESCUA, G. Autismo na teoria da Gestalt – Em direção a uma Teoria da Gestalt da Personalidade. *Gestalt Review*, a. 03,03,226-238. 1999.

ANDRADE, C. C. Autossuporte e Heterossuporte. Em L. M. Frazão & K. O. Fukumitso (Orgs.), **Gestalt-Terapia: Conceitos Fundamentais**. (pp. 142-167). São Paulo: Summus, 2014.

ANTONY, S. **A clínica gestáltica com crianças: caminhos de crescimento**. São Paulo: Summus Editorial. 2010.

ANTONY, S. **Gestalt-Terapia: cuidando de crianças - Teoria e arte**. Curitiba, Juruá. 2012.

ASPERGER, H. Die “**Autistischen Psychopathen**” in Kindesalter. *Arch PsychiatrNervenkr.* (1944).

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual de estatística e diagnóstico dos distúrbios mentais (DSM III-R)**. 3. Ed. São Paulo: Manole, 1989.

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual de estatística e diagnóstico de transtornos mentais (DSM IVTR)**. 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AYRES, A. J. **Sensory Integration and the Child: understanding hidden sensory challenges**. 5 Ed. Los Angeles: Western Psychological Services, 2005.

BRANDÃO, C. L. Transtorno do Espectro Autista: um mundo visto através do caleidoscópio. In L. M. Frazão, & K. O. Fukumitso (Orgs.). **Quadros Clínicos disfuncionais e Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 2017.

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: <http://www.icdl.com/languages/icdl-en-spanol/> Acesso: 02 fev. 2019.

BUBER, M. **Eu e Tu**. (N.A.V Zuben, trad). São Paulo, Centauro, 2001.

BUBER, M. **Do diálogo e do dialógico** (M.E.de Souza, trad.) São Paulo, Perspectiva. 2009.

CARVALHO, L. C. **A intervenção precoce nos ajustamentos do tipo psicótico e a clínica gestáltica: ensaios preliminares**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – UNB – Universidade de Brasília, Brasília. 2008.

CAVALCANTI, Ana Elizabeth; ROCHA, Paulina Schmidtbauer. **Autismo: construções e desconstruções**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. (Coleção clínica psicanalítica).

CHAIM, M. P.; SUASSUNA, V.C. **Criança diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista: Interface entre Floortime e Gestalt-terapia**. Goiana: Editora Kelps, 2016.

CID 10 - Classificação Internacional de Doenças, 1993.

COSTA, M; NUNESMAIA, H. **Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil**. Arquivo Neuropsiquiatria, Universidade Federal da Paraíba, 1998.

DEISINGER, J., BURKHARDT, S., WAHLBERG, T., ROTATORI, A. & OBIAKOR, F. (2012). **Autism spectrum disorders: inclusive community for the twenty-first century**. Charlotte: Information Age Publishing.

DSM – V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (Diagnostic and Statical Manul of Mental Desordes) 2013.

FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajuma. **Gestalt-terapia: fundamentosepistemológicos e influências filosóficas**. [S.l: s.n.]. (2013).

GOLDBERG, W. A., OSANN, K., FILIPEK, P. A., LAULHERE, T., JARVIS, K., MODAHL, C., et al. Language and other regression: Assessment and timing. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2003.

GREENSPAN, S. I. The affect diathesis hypothesis: The role of emotions in the core deficit in autism and in the development of intelligence and social skills. **Journal of Developmental and Learning Disorders**, 5 (1), 1-45. (2001).

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, 1997.

GREENSPAN, S., E WIEDER, S. A Developmental approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes. Em A. Wetherby & Prizant. (Orgs). **Autism Spectrum disorders. A transactional Developmental perspective**. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000.

GREENSPAN, S., E WIEDER, S. **Engajim autismo – using the Floortime approach to help children relate, communicate and think**. Cambridge: Da Capo Lifelong Books, 2006.

GREENSPAN, S.; WIEDER, S.; SIMONS, R. **A criança com necessidades especiais: Incentivo ao crescimento intelectual e emocional**. Reading, MA, EUA: Addison-Wesley / Addison Wesley Longman, 1998.

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. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-006-0258-z>. Acesso: 02 fev. 2019.

HYCNER, R., & JACOB, L. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. (3ª Ed.) São Paulo: Summus, 1995.

HYCNER, R., & JACOB, L. **Relação e Cura em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. Nervous Child, 1943.

KAUFMAN, B. **Son-Rise: the miracle continues**. Tiburon: H. J. Kramer, 1994.

KOHLER, W. – **PSICOLOGIA DA GESTALT**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1980.

LAMPREIA, C. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. **Estudos de Psicologia**. (2007).

LEWIN, K. **Teoria de Campo em Ciência Social**. São Paulo: Pioneira, 1965.

MAIA, M.S. **Abordagem Floortime**, adaptação de Greenspan & Chaiman, 2009.

MORAES, G. & D'ACRI, R. Contato: funções, fases e ciclo de contato. In: Frazão, Lilian Meyer e Fukumitsu, Karina Okajima. **Coleção Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. 2º volume. São Paulo: Summus, 2014.

MORATO, P. **Deficiência mental e aprendizagem**. 2 Ed. Secretariado Nacional de Reabilitação: Lisboa, 1995.

OAKLANDER, V. **Descobrendo Crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**, 1980.

PIACENTI, P.; GOLDSTEIN, A; CAPELLI, D; **Brincar é desenvolver: Um caminho para o mundo do autismo**. Recife: Libertas, 2011.

PERLS, F. **Gestalt-Terapia explicada**. São Paulo: Summus, 1977.

POLSTER, ERVING E MIRIAM. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, 2011.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-Terapia de curta duração**. São Paulo: Summus, 1999.

RIBEIRO, J. P. **Vade-Mecum da Gestalt-Terapia: conceitos básicos**. São Paulo: Summus, 2006.

RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2007.

RIBEIRO, J.P. **Gestalt- Terapia: Refazendo um caminho**. São Paulo: Summus, 1985.

SARTRE, JP. **O ser e o nada: Ensaio de Ontologia Fenomenológica**. Petrópolis: Vozes, 2012.

SAMPAIO, A. **Transtorno Autista e a abordagem cognitivo-comportamental: possibilidade de auxílio psicológico**. 2008. Disponível: <http://www.neuropediatria.org.br/artigos/artigosmes/>. Acesso: 5 fev. 2019.

SCHMIDT, C. **Autismo, Educação e transdisciplinaridade**. Curitiba: Parirus Editora, 2014.

SCHMIDT, C; KUBASKI, C; BERTAZZO, J.B.; FERREIRA, L.O.; **Intervenção**

precoce

e autismo: um relato sobre o Programa Son-Rise. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21,n. 2, p. 413-429, ago. 2015.

SILVA, M; MULICK, J. Diagnosticando o transtorno autista: Aspectos fundamentais e considerações prática. **Art. Psicologia, Ciência e Profissão**, 2009.

TAMANAHA, AC; PERICINOTO, J; CHIARI, BM. A eficácia da intervenção terapêuticafonoaudiológica nos distúrbios do espectro autístico [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008.

TEIXEIRA; G. **Manual do autismo: Guia dos pais para o tratamento completo**. 1. Ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2016.

TOLEZANI, Mariana. Son-Rise uma abordagem inovadora. **Revista Autismo: informação gerando ação**. São Paulo, 2010.

TRECKER, A. Play and práxis in children with autism: observations and interventions strategies. In: MILLERKUHANECK, H. **Autism: a comprehensive Occupational Therapy approach**. Maryland: Victor Graphics, 2001.

WIEDER, S. **Opening the door: Approaches to engage children with multisystem developmental disorders**. Zero to Three, 1992.

WIEDER, S.; GREENSPAN, S. I. Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floortime/interactive play. **Autism, New York**, v.7, 2003.

YONTEF, G.M. **Processo, diálogo e awereness: ensaio em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1998.