

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

MARIA TERESA BERTONCINI ZOGAIB

**O brincar e o bem-estar da criança abrigada:
sua influência no combate à depressão e ao baixo
rendimento escolar**

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA TERESA BERTONCINI ZOGAIB

**O brincar e o bem-estar da criança abrigada:
sua influência no combate à depressão e ao
baixo rendimento escolar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vera M. Barros de Oliveira.

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2005

Dedico este trabalho às crianças abrigadas, que tanto me ensinaram durante todos estes anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que me incentivaram para a realização deste trabalho.

Estudar, conhecer novas pessoas, fazer outros caminhos, foi muito importante.

Muito obrigada.

À Prof.^a Dr.^a Vera M. Barros de Oliveira, minha orientadora, que com sabedoria, paciência e ética tornou possível a realização deste projeto.

Os membros da banca de defesa, pelas sugestões que tanto enriqueceram o percurso deste estudo.

Prof.^a Dr.^a Eda Marconi Custódio

Prof.^a Dr.^a Anna Cristina Cardoso de Mello

A querida Elizabeth Rovai, que possibilitou a realização desta pesquisa, demonstrando confiança e carinho.

As amigas Carim, Ewa, Fabiana e Roberta que estiveram ao meu lado e com as quais sempre pude contar.

A Andréia Beltrão, pelas sugestões dadas no transcorrer do trabalho.

Aos meus pais, que sempre me ensinaram a estudar.

A minha irmã M. Silvia que com paciência me escutou e incentivou para que eu chegasse ao fim da pesquisa.

Aos meus queridos filhos, Juliana, Andréa e Luis Fernando, ao meu genro Ralpho, e ao meu marido Fernando, que sempre estiveram próximos, dando carinho para que eu realizasse este estudo.

RESUMO

Este estudo verifica a eficácia de intervenções lúdicas junto a crianças abrigadas com problemas de aprendizagem e quadros de depressão, analisando a influência do brincar em seu bem-estar e qualidade de vida. Realiza-se através de metodologia clínica-interventiva, junto a oito crianças de ambos os sexos, de 8 anos, de classe de baixa renda, abrigadas há dois anos, cursando a 1ª. série de escola pública, com queixa escolar. Após caracterização da instituição, avalia-se individualmente o nível cognitivo das crianças através das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, das Provas Piagetianas de conservação, classificação e seriação e verifica o material escolar. Aplica a seguir o Inventário de Depressão Infantil – CDI, normatizado para o Brasil. Com base nesses dados, realiza oito sessões lúdicas grupais, semanais, de noventa minutos cada, através de estratégias sensório-motoras, simbólicas e sociais, com espaço para atividades espontâneas. Após as intervenções lúdicas, reavalia as crianças com os mesmos instrumentos da avaliação anterior. Os resultados indicam melhora no desempenho escolar e diminuição dos sintomas depressivos, com aumento da auto-estima e da segurança emocional, com reflexos em sua vida em geral, inclusive na escolar. As experiências vivenciadas nas situações lúdicas contribuíram para uma auto-avaliação subjetiva mais positiva pelas crianças, assim como para uma avaliação escolar melhor, em seus aspectos cognitivos e afetivo-emocionais integrados. Os dados apontam a importância da equipe técnica ao reconhecer precocemente os sintomas depressivos para realização de programas interventivos, utilizando o lúdico como facilitador para superação das dificuldades cognitivas e afetivas das crianças abrigadas.

Palavras-chave: Depressão infantil. Lúdico. Aprendizagem. Abrigo. Maus-tratos

ABSTRACT

This study examines the effectiveness of play intervention among institutionalized children with learning problems and depression symptoms, analyzing the influence of play in their well being and quality of life. The study was carried out using as methodology clinical intervention among eight children of both gender, aged eight, low income group, living in support homes for 2 years, first grade of elementary public school, with school complaint. After the characterization of the institution, individually assesses children's cognitive level using Raven's Progressive Colored Matrices, Piagetian tests of conservation, classification and series and verifies the school material. Following applies the Children's Depression Inventory – CDI, standardized to Brazil. Based on this information, carry out eight weekly ninety-minute group play session using sensory-motor, symbolic and social strategies with room for spontaneous activity. After the play intervention, re-assesses the children using the same instruments from previous evaluation. The results show better school performance and decrease of depressive symptoms, with increase of self-esteem and emotional confidence, reflecting in their life in general, including at school. The experiences lived during the play situations contributed for a better subjective self-evaluation from children, as well as a better school evaluation in their integrated cognitive and affective-emotional aspects. The results point out the importance of early recognition of depressive symptoms by technical team to start intervention programs, using the play to facilitate institutionalized children to overcome cognitive and affective difficulties.

Key words: Childish Depression. Play. Learning. Nursery. Maltreatment

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Matrizes Progressivas Coloridas Escala Especial - Raven..... | 88 |
| Gráfico 2. Provas Operatórias de Jean Piaget | 89 |
| Gráfico 3. Inventário de Depressão Infantil C.D.I..... | 90 |
| Gráfico 4. Matrizes Progressivas Coloridas Escala Especial – Raven..... | 94 |
| Gráfico 5. Provas Operatórias de Jean Piaget..... | 95 |
| Gráfico 6. Inventário de Depressão Infantil C.D.I..... | 96 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Distribuição em relação ao gênero dos participantes..... | 91 |
| Tabela 2. Média e Desvio padrão do C.D.I. em relação ao gênero dos participantes..... | 92 |
| Tabela 3. Referente à frequência e porcentagem das principais respostas escolhidas pelos participantes..... | 93 |
| Tabela 4. Distribuição em relação ao gênero dos participantes..... | 97 |
| Tabela 5. Média e Desvio padrão do C.D.I. em relação ao gênero dos participantes..... | 97 |
| Tabela 6. Referente à frequência e porcentagem das principais respostas escolhidas pelos participantes..... | 98 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 - 1ª. Avaliação Geral - Final..... | 100 |
| Quadro 2 - 2ª. Avaliação Geral-Final..... | 102 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| Lista de Gráficos..... | vi |
| Lista de Tabelas..... | vii |
| Lista de Quadros..... | viii |
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| I - DEPRESSÃO INFANTIL..... | 13 |
| I.I O Transtorno Depressivo..... | 13 |
| I.II O Transtorno Depressivo Infantil..... | 15 |
| I.III A depressão infantil e a aprendizagem escolar no Brasil..... | 20 |
| II - A CRIANÇA ABRIGADA..... | 24 |
| II.I O ambiente institucional..... | 28 |
| III - APRENDIZAGEM INFANTIL E ESTRATÉGIAS LÚDICAS..... | 33 |
| III.I O brincar..... | 35 |
| IV - OBJETIVOS..... | 40 |
| V – MÉTODO..... | 42 |
| V.I Participantes..... | 42 |
| V.II Ambiente..... | 42 |
| V.III Material, técnicas e instrumentos..... | 43 |
| V.IV Procedimentos..... | 46 |
| VI - RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 49 |
| VI.I Relativos à Caracterização da Instituição como um todo..... | 49 |
| VI.II Relativos à Descrição das Intervenções Lúdicas..... | 52 |
| VI.III Relativos ao perfil evolutivo..... | 64 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 104 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 106 |
| Anexo 1. Ficha de Identificação..... | 111 |
| Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 112 |
| Anexo 3. Roteiro..... | 113 |

INTRODUÇÃO

A idéia desta pesquisa nasceu da observação e do acompanhamento em abrigo de crianças que apresentam dificuldades em relação à aprendizagem escolar formal. Neste caso, trata-se de criança abrigada que foi separada de sua mãe biológica, devido à ameaça de risco físico e/ou emocional. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (1993), crianças abrigadas vivenciam a separação e a quebra do vínculo familiar, apresentando sentimentos por abandono, como dor e aflição prolongada.

Este estudo clínico-interventivo tem como objetivo verificar a influência de estratégias lúdicas em crianças abrigadas, quanto ao desenvolvimento intelectual, à depressão e à aprendizagem escolar. Insere-se na linha de pesquisa social da Psicologia da Saúde, área da Psicologia que se firmou principalmente na década de noventa, momento em que o psicólogo, que até então trabalhava em seu consultório, passou a trabalhar em hospitais e instituições. Nesse novo contexto, ele se integra à equipe multidisciplinar, atuando junto a outros profissionais ligados à saúde, o que resulta melhor compreensão da pessoa nos aspectos globais de sua dinâmica psíquica. Para isso, foi necessário buscar novas teorias e técnicas, para que esse profissional pudesse atuar nas áreas de prevenção, promoção e acompanhamento da saúde do indivíduo. Essa visão, adotada pela Psicologia da Saúde, possibilita que o ser humano tenha uma qualidade de vida melhor, segundo informações de Custódio (2003).

Atuando há oito anos como psicóloga clínica em abrigo de crianças, acompanhando o dia-a-dia delas, a autora pode observar que, a partir do abrigamento, a criança vive, em um primeiro momento, a perda familiar, o que é confirmado pela literatura através de autores como Spitz (1965), Bowlby (1976), Winnicott (1963), Ajuriaguerra (1976) e, Hutz e Dell’Aglío (2004).

Em um segundo momento, a criança busca um cuidador com quem ela se identifique, podendo ser esse movimento uma tentativa de reestruturação para sobreviver ao afastamento familiar. Quando este processo não ocorre, encontram-se dificuldades adaptativas com comprometimentos nos níveis cognitivo e social do desenvolvimento da criança. Em relação ao desenvolvimento cognitivo, destaca-se a grande porcentagem de crianças com dificuldades de aprendizagem escolar, principalmente nas matérias de Português e Matemática. Vários autores, entre eles Baptista e Golfeto (2000), Cruvinel (2003) e Bahls (2004), pesquisaram a relação entre rendimento escolar e sintomas depressivos, não ficando definido se a dificuldade

escolar causa depressão ou se a depressão causa déficit na aprendizagem escolar, o que se verifica é uma somatória multifatorial na inadequação do desempenho escolar de crianças.

Evidencia-se ainda que, durante o período de trabalho da autora em abrigo de crianças, a grande maioria delas apresentava queixas em relação ao desempenho escolar. Paralelamente, observa-se que estas crianças demonstravam pensamentos negativos, auto-estima baixa, sentimentos de menos valia e insegurança. É importante destacar, que, a partir do momento em que a criança se vincula a um novo cuidador, sente-se mais segura e capaz, enfrentando melhor as situações cotidianas. Em um abrigo de crianças, há várias situações em que elas recebem visitas de familiares, mantendo a vinculação afetiva, apresentando sentimentos ligados à esperança de retornar em breve ao convívio familiar. Outras estão em processo de adoção, o que significa ter alguém que as ame. Há crianças, contudo, que estão para ser adotadas sem que haja interesse por elas.

Do ponto de vista social, esta pesquisa justifica-se por trabalhar preventivamente as dificuldades vivenciadas por crianças abrigadas. Do ponto de vista acadêmico, são escassos os estudos relacionados à criança abrigada com déficit de aprendizagem. Com este estudo, espera-se poder contribuir para melhor compreensão dos processos dinâmicos das crianças abrigadas e suas possíveis repercussões em seu desenvolvimento cognitivo e afetivo.

A partir dessa ótica central, o trabalho aborda, inicialmente, a depressão infantil e suas conseqüências no desenvolvimento da criança. Na seqüência, trata da criança abrigada, e, posteriormente de estratégias lúdicas, em uma abordagem piagetiana. Por fim, são apresentadas a metodologia e os resultados desta pesquisa.

I - DEPRESSÃO INFANTIL

I - DEPRESSÃO INFANTIL

O presente capítulo tem por finalidade discutir os modelos de depressão existentes e focalizar a Depressão Infantil, relacionando-a, a seguir, com aprendizagem escolar no Brasil.

I.1 O Transtorno Depressivo

O transtorno depressivo, ao longo dos anos, vem sendo muito estudado, principalmente nas áreas médica e psicológica, devido a seu crescente aumento na população mundial.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS - 1993), nas próximas duas décadas haverá um aumento significativo do transtorno depressivo que poderá ser a segunda causa de mortalidade mundial. Bahls (2004) coloca que, ao longo da vida, a depressão irá afetar de 10% a 25% de pessoas do sexo feminino e 5% a 12% de pessoas do sexo masculino. Considera-se que é importante que o transtorno depressivo seja diagnosticado no início, para que a pessoa possa ser tratada, retomando seu equilíbrio bio-psico-social e seu bem-estar.

A Organização Mundial de Saúde (1993) entende que o transtorno depressivo apresenta componentes biológicos e psicológicos, compondo um conjunto de sintomas relacionados a transtornos afetivos de humor. Apesar de comum, é um transtorno grave, que pode levar ao suicídio. Seu prognóstico é melhor quando detectado precocemente.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV (DSM – 1994) afirma que a depressão é um estado afetivo que pode atingir qualquer pessoa, causando inúmeros sintomas e prejuízos nas áreas psico-física, social e profissional. Seus principais sintomas são: humor deprimido, medo, pensamentos suicidas, transtorno alimentar, alteração de sono, condutas anti-sociais, inibição ou agressividade, perda de interesse por atividades cotidianas, diminuição de atenção, perda de prazer, baixa auto-estima, agitação ou retardo motor, sentimentos de culpa e de rejeição. O DSM IV explicita que, para a determinação do quadro depressivo, é necessário que a pessoa tenha no mínimo cinco ou mais desses sintomas, os quais devem estar presentes durante o período de pelo menos duas semanas, incluindo sempre o humor depressivo e a perda de prazer por atividades cotidianas.

Existem vários fatores de risco para o surgimento do transtorno depressivo, entre eles: histórico familiar depressivo; situações estressantes ligadas à falta de apoio social; ansiedade; família desestruturada; grande dependência do outro; auto-estima rebaixada, sexo feminino; problemas de saúde; pessoas separadas, viúvas e pessoas que moram sozinhas. Em relação ao

surgimento da depressão, está pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo o período mais crítico para o surgimento desse transtorno em torno de 25 anos, para o sexo feminino. Um episódio depressivo tem uma duração variável, dependendo da maneira como a pessoa lida com esta situação.

Em relação ao transtorno depressivo, há várias abordagens e modelos teóricos, com enfoques específicos para determinação diagnóstica, acompanhamento e tratamento. Entre estes modelos destaca-se o modelo cognitivo, que estuda a maneira como as pessoas percebem, aprendem, recordam e pensam sobre a informação recebida do meio ambiente. Beck et al (1997) afirma que a depressão, segundo este modelo, é vista como uma distorção do pensamento da pessoa que está vivendo este transtorno, sendo que esta tem uma imagem negativa de si, como também de sua interação no meio social. O modelo comportamental pertence a uma escola de pensamento psicológico que enfatiza a relação entre estímulos e respostas observadas, desprezando fenômenos mentais que não podem ser verificados. Este modelo privilegia a relação aprendizagem e interações ambientais. Em relação ao transtorno depressivo, psicólogos do modelo comportamental acreditam na idéia de que o indivíduo diminui comportamentos adaptados e amplia comportamentos de esquiva, frente a situações aversivas. Segundo essa teoria, é necessário extinguir comportamentos inadequados e condicionar um novo comportamento mais adaptado, que produza respostas assertivas para situações apresentadas pelo meio social, segundo relatos de Sternberg (2000).

Um dos primeiros estudos relacionados à depressão foi realizado pelo modelo psicanalítico iniciado com Freud (1914-1994), em seus estudos sobre luto e melancolia. Luto, segundo este autor, é a reação à perda consciente do objeto amado, ocorrendo a retirada da libido deste objeto. Quando o processo do luto é concluído, o ego fica livre para investir libidinalmente em novo objeto: "... o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como um país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante" (p. 275).

Na melancolia, ocorre a perda inconsciente do objeto internalizado com sentimentos ambivalentes, voltados ao próprio indivíduo, ocasionando esvaziamento e empobrecimento egóico:

... os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amor, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envelhecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (p. 276).

A psicanálise descreve o transtorno depressivo como decorrente da perda real ou simbólica do objeto amado.

Atualmente, o modelo biológico – genético representado por Damásio (2000) vem aprimorando pesquisas a respeito da relação emoção – sentimento e razão, demonstrando que caracteres biológicos e genéticos estão diretamente associados a alterações de neurotransmissores relacionados a dopamina e serotonina, o que implica em modificações das emoções sociais como a depressão.

Damásio (2004) esclarece que :

A tentativa de explicar a biologia dos sentimentos e das emoções também tem resultados práticos. Vai contribuir sem dúvida para a descoberta de tratamentos eficazes de algumas das causas principais do sofrimento humano, como por exemplo a depressão, a dor e a toxicomania.(p 16).

Damásio (2000) considera que, para a determinação do diagnóstico depressivo, há a importância de se levar em conta processos existenciais – fenomenológicos pelos quais o indivíduo esteja passando, considerando seus fatores ambientais e culturais.

Este estudo concorda com esta última posição, já que reconhece o homem como um ser bio-psico-social, o que significa ver o ser humano inserido em seu ambiente, buscando formas adaptativas para melhorar sua qualidade de vida e seu bem-estar. Atualmente, o transtorno depressivo deve ser compreendido por um somatório de vários fatores, incluindo principalmente caracteres genéticos, ambientais e emocionais. Reduzir o tratamento do processo depressivo somente a alterações neurobiológicas é não reconhecer o ser humano com o seu grande repertório existencial e sua singularidade.

A idéia defendida pelo filósofo Descartes (1596-1650) a respeito da noção dualista separando mente e corpo é hoje questionada, inclusive por Damásio (1996) que, demonstra que o ser humano é uma unidade indivisível, interagindo com seu meio ambiente, com conflitos existenciais e, como tal, deve ser compreendido e cuidado.

I.II O Transtorno Depressivo Infantil

Muitos pesquisadores, antes da década de 60, recusavam-se a diagnosticar o transtorno depressivo em crianças, acreditando que alterações comportamentais em nível físico e/ou psicológico estavam ligadas à fase de desenvolvimento, idade e sexo das crianças, e que, passada a fase de mudança, a criança retornaria a um desenvolvimento adequado.

Esta visão é contestada por diversos autores do desenvolvimento infantil, destacando-se Spitz (1965), Winnicott (1963) e Bowlby (1982) que ressaltam a importância das relações vinculares formadas na primeira infância para o desenvolvimento saudável da criança e posteriormente do adulto. Estes autores levantam a possibilidade de que eventuais falhas neste processo sejam indicativos de dificuldades futuras como, por exemplo, as do transtorno depressivo.

Spitz (1965) estudou e acompanhou bebês, em creches e instituições, afastados de suas mães por longos períodos, observando que eles desenvolvem comportamentos relacionados a choro, perda de apetite, insônia, desinteresse progressivo pelo ambiente e diminuição de atividades auto-eróticas, chamando a este conjunto de sintomas de depressão anaclítica.

Winnicott (1963), pediatra e psicanalista infantil, destaca que a base da saúde mental do indivíduo forma-se nos estádios iniciais do desenvolvimento, envolvendo processos de maturação e das condições ambientais. Um ambiente facilitador proporciona adequação e desenvolvimento saudável. Falhas nesta situação conduzem à privação, prejudicando a maturação e impedindo o crescimento emocional. Crianças que passam por ambientes pouco favoráveis podem apresentar permanente sentimento de aniquilamento e pânico, prejudicando seu desenvolvimento emocional e social.

Bowlby (1982) pesquisou o desenvolvimento infantil, enfatizando a importância da ligação emocional entre o bebê e seu cuidador, com repercussões em seus aspectos globais. O autor constatou que bebês necessitam formar vínculos afetivos com seus cuidadores. Este vínculo é manifestado através de comportamentos como sorrir, olhar e chorar, situações que fazem com que bebê e cuidador fiquem próximos, e que possibilitam ao bebê sentir-se seguro e apto para interagir no ambiente. A este processo o autor dá o nome de Teoria do Apego. Cuidadores que transmitem o comportamento de apego saudável possibilitam que estas crianças sejam mais seguras, explorando ambientes e construindo novas relações. Crianças que passam por situações de privação materna por longos períodos, ou de inadequação do comportamento de apego, desenvolvem comportamentos ansiosos, depressivos e dificuldades em seus vínculos afetivos futuros.

Apesar de inúmeras investigações, a depressão infantil foi reconhecida no IV Congresso da União Européia de Psiquiatras Infantis em Estocolmo - 1971, passando a constar de forma definitiva no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, no campo da psicopatologia, apresentando os sintomas: humor deprimido na maior parte do dia ou humor irritável, acentuada diminuição do interesse ou prazer em atividades cotidianas, perda ou ganho significativo de peso, insônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda

de energia, sentimento de inutilidade, culpa excessiva, diminuição da capacidade de pensar, diminuição de concentração, pensamentos de morte recorrentes ou ideação suicida e sintomas psicossomáticos como dores abdominais e febres. Sintomas como enurese e encoprese são mais raros de aparecer no quadro depressivo infantil. Atualmente, no campo da psicopatologia infantil, há estudos como os realizados por Spitz e Nissen (1983), comprovando que a depressão infantil é distinta da depressão do adulto. Apesar disso, os critérios diagnósticos, tanto no DSM-IV como no CID-X, não a diferenciam como um quadro nosográfico infantil e, sim, como a depressão do adulto.

O transtorno depressivo infantil dificulta o desenvolvimento da criança, interferindo em seu processo de desenvolvimento psico-social e cognitivo, prejudicando sua qualidade de vida. Apesar disso, esse transtorno ainda carece de informações e pesquisas para que seja reconhecido precocemente por profissionais das áreas médica e educacional, como também pelos familiares para que a criança consiga superar este quadro.

O DSM-IV (1994) indica que, para ser diagnosticado o transtorno depressivo, é necessário que a criança esteja pelo menos há duas semanas de humor deprimido ou com perda de interesse, acompanhado por, no mínimo, quatro sintomas pertinentes à depressão.

Além de critérios de diagnósticos e sintomas clássicos como o humor depressivo, a perda de prazer e desinteresse por atividades cotidianas serem comuns a adultos, crianças e adolescentes, pesquisadores destacam a importância de considerar a fase de maturação e suas características específicas da idade, para melhor definição diagnóstica e tratamento. Assim, Bahls (2004) descreve em crianças pré-escolares sintomas referentes a queixas psicossomáticas (cefaléias, dores abdominais e tonturas), fadiga, ansiedade, fobias, agitação ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite e alterações de sono. Algumas crianças apresentam sintomas menos comuns como enurese, encoprese, fisionomia triste, comunicação deficiente, choro frequente e comportamento agressivo e/ou destrutivo. Segundo este autor, crianças na fase escolar apresentam sintomas de tristeza, tédio, irritabilidade, choro constante, apatia, isolamento, queda do rendimento escolar, ansiedade de separação, insônia, diminuição de interesse por situações cotidianas, baixa concentração, sentimentos de inferioridade e rejeição. Em relação a sintomas menos frequentes, destaca-se ainda a perda de peso e pensamentos suicidas.

Ajuriaguerra (1976) afirma que crianças pequenas demonstram processos depressivos por meio de sintomas psicossomáticos como cefaléia, dores abdominais e náuseas. Crianças na fase escolar apresentam sintomas em relação a inibição afetiva, manifestações somáticas e dificuldades cognitivas. A depressão infantil apresenta, desta forma, grande número de

sintomas, sendo necessário que o profissional, para fazer o diagnóstico, leve em conta a dinâmica familiar, a cultura e o ambiente em que a criança está inserida, para que este transtorno não seja confundido com distúrbios do comportamento da criança, em que a mesma apresenta uma maneira depressiva de viver, necessitando realizar diagnóstico diferencial.

É na escola que a criança geralmente é identificada pela professora, devido às modificações comportamentais e cognitivas apresentadas no transcorrer das aulas. Pesquisas, relacionando comportamento depressivo e déficit escolar, foram realizadas por Baptista & Golfeto (2000), Bahls & Bahls (2002), Cruvinel (2003) e Hutz & Dell'Aglio (2004), nas quais foi confirmada a existência desta relação. Estes autores também concluem que o ambiente escolar é propício para a manifestação deste transtorno pela criança, o que nem sempre é reconhecido pelo professor, o qual acredita muitas vezes que o aluno não tem interesse ou capacidade intelectual para acompanhar os colegas de sua faixa etária.

Por meio de observações e acompanhamentos no dia-a-dia de crianças abrigadas, estes autores observam que, freqüentemente, são os professores os primeiros a perceber modificações comportamentais em sala de aula e problemas de aprendizagem.

Spitz e Nissen (1983), estudando transtorno depressivo infantil em relação ao sexo, relatam que, em meninas, há predominância de comportamentos de inibição e de flutuação do humor, enquanto que nos meninos os problemas se caracterizam pela dificuldade de sociabilização, isolamento, irritabilidade, podendo apresentar dificuldades escolares.

Autores como Ajuriaguerra (1976), Bahls (2004), Hutz & Dell'Aglio (2004) e Cruvinel (2003) destacam a importância do diagnóstico adequado para detectar o quadro depressivo em crianças, lembrando que a investigação clínica necessita ser complementada por pessoas próximas e significativas da criança, como pais, professores e situação familiar.

Algumas crianças desenvolvem transtorno depressivo, só que este é manifestado de forma atípica, comumente vista, chamada de depressão mascarada, que se caracteriza por ausência do humor depressivo, apresentando comportamentos expressos por condutas anti-sociais, tédio, alterações de sono e apetite, problemas escolares, fobias, ansiedade e sintomas físicos. Tais conceitos são apresentados por Ajuriaguerra (1976), Lippi (1985) e Steinberg (1989).

Entre todas as dificuldades que o transtorno depressivo causa na criança, é extremamente importante ficar atento ao comportamento suicida. Autores destacam que, apesar do transtorno depressivo não ser condição exclusiva para a tentativa de suicídio em crianças e adolescentes, a depressão está sempre presente nestas pessoas. O suicídio é raro em

crianças na faixa pré-escolar e, quando ocorre, geralmente está associado a abuso sexual ou físico da criança, segundo afirmação de Brent (1993). Segundo este autor, pais com histórias de depressão, comportamentos suicidas, distúrbios afetivos, abuso de drogas e/ou álcool são mais propensos a ter filhos com transtorno depressivo ou que tentarão suicídio.

Estudos publicados por Cassorla (1991) constataam que jovens que tentaram suicídio tinham em sua grande maioria, fatores como: família desestruturada, doenças crônicas ou somáticas e doenças mentais. Em relação à figura materna, estes jovens, segundo o autor, têm mães autoritárias e pouco afetivas; em relação à figura paterna, têm pais ausentes e considerados fracos por eles. Ainda na pesquisa mencionada, os jovens têm uma visão negativa de si, são inseguros, tristes e podem apresentar comportamentos de rebeldia e impulsividade. Foram crianças tristes, com dificuldades em lidar com regras e limites e, geralmente, apresentam depois tendências de comportamentos anti-sociais e de abuso de drogas ou bebidas.

Em relação ao gênero, estes estudos registraram que o comportamento suicida é maior em adolescentes do sexo masculino, utilizando-se mais comumente de armas de fogo, intoxicações, enforcamentos e saltos. Nos adolescentes do sexo feminino, são utilizados como formas de tentativa de suicídio predominantemente intoxicações por remédios como os calmantes. A criança que apresenta comportamentos autodestrutivos com tentativas de suicídio, geralmente demonstra negativismo e pessimismo frente a situações vivenciadas como: separação dos pais, morte e fatores estressantes. Consideram ser fundamental o suporte da família e de pessoas significativas para crianças e adolescentes que estejam passando por situações críticas, apoiando e demonstrando que estão disponíveis para auxiliar a superação desta situação. Famílias com dinâmica depressiva ou algum membro depressivo contribuem significativamente para a continuidade do quadro depressivo infantil.

Concluindo, o transtorno depressivo altera o equilíbrio bio-psico-social da criança, prejudicando seu desenvolvimento afetivo, social e cognitivo, comprometendo o processo de desenvolvimento psicológico. Apesar do reconhecimento do quadro depressivo infantil, os estudos consideram necessária maior investigação para que este transtorno seja reconhecido precocemente por parte de profissionais e saúde familiar, visando diminuir o sofrimento e a associação deste quadro com outras comorbidades.

Para Spitz (1965), o processo depressivo infantil imobiliza a criança frente a situações vivenciais impedindo-a de utilizar sua criatividade e flexibilidade em seu cotidiano, dificultando a construção de sua história de vida e potencializando experiências ruins.

A criança abrigada pode não conseguir superar a separação familiar, com a conseqüente quebra dos vínculos afetivos, o que, por sua vez, pode desencadear transtorno depressivo, dificultando seu processo de sociabilização e de aprendizagem escolar.

I.III A depressão infantil e a aprendizagem escolar no Brasil

Pesquisadores brasileiros nas áreas médica e psicológica vêm, nos últimos anos, demonstrando grande interesse pelo transtorno depressivo infantil, correlacionando-o com outros aspectos, como os comportamentos sócio-afetivos e desempenhos cognitivos. Estudiosos como Barbosa & Gaião (2001), Cruvinel (2003), Curatolo (2001) e Bahls (2004) apontam a importância de se considerar fatores sócio-culturais, assim como o local e os instrumentos avaliativos para a mensuração do quadro depressivo, devido às características específicas da população pesquisada, o que pode determinar uma diferenciação significativa na incidência deste quadro.

De acordo com pesquisas realizadas por Bandim *et al.* (1995), na cidade de Recife, com 32 crianças na faixa etária entre 6 a 14 anos, atendidas em ambulatório, destacam como principais sintomas: humor deprimido e/ou irritável, queda de rendimento escolar, baixa concentração, isolamento social e apatia. Estes pesquisadores obtiveram os resultados de 12,5% de crianças com depressão maior; 68,75% com distímia e 18,75% com distúrbio de ajustamento, destacando que crianças do sexo masculino apresentaram maior flutuação de humor.

Em outra pesquisa, Bandim *et al.* (1995) investigaram 270 estudantes entre 9 e 13 anos, em relação a sintomas depressivos e ideação suicida. Os resultados obtidos apresentaram para o grupo de meninas escores médios de 10,32% e para o grupo de meninos 12,32, destacando uma diferença significativa para os meninos. Já em pesquisa realizada por Bandim *et al.* (1998), com 200 estudantes entre 9 e 12 anos de idade, os autores verificaram a relação entre sintomas depressivos e desempenho escolar, encontrando diferença significativa entre o grupo de crianças com depressão em relação ao grupo de controle.

Gouveia, Barbosa, Falcone e Gaião (1995) pesquisaram a relação entre depressão infantil e as dificuldades escolares. A amostra constou de 807 estudantes do Estado da Paraíba, que se encontravam na faixa etária entre 7 e 17 anos. O resultado obtido corresponde a 174 participantes com transtorno depressivo, correspondendo a 22% da amostra total. Entre os principais sintomas estão: humor depressivo, baixa auto-estima, isolamento social e rendimento escolar. Em relação à incidência, é maior na faixa etária entre 13 e 14 anos. Foi

utilizado como instrumento avaliativo o Inventário de Depressão Infantil de Kovacs (1992), normatizado pelos autores desta pesquisa para o Brasil.

Andriola e Cavalcante (1999) pesquisaram crianças de pré-escola na cidade de Fortaleza, aplicando a Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P), constatando que nesta amostra de 345 crianças, na faixa etária de 5 e 6 anos, há prevalência do transtorno depressivo em 3,9% da população pesquisada. Entre os principais sintomas indicativos do quadro depressivo destacam-se: queda na sociabilização e no rendimento escolar, como também tristeza. Curatolo (2001) investigou 578 estudantes entre a faixa etária de 7 a 12 anos, cursando da 1ª. à 4ª série. O autor encontrou a porcentagem de 21,2% de sintomas depressivos, destacando-se: queixas somáticas, irritabilidade, ansiedade, tristeza e pensamentos negativos. Em relação à distribuição, foi constatada a mesma prevalência do quadro depressivo entre os meninos e meninas.

Baptista & Golfeto (2000) avaliaram sintomas depressivos em 135 estudantes entre a faixa etária de 7 a 14 anos, de ambos os sexos, da cidade de Ribeirão Preto. Utilizaram o Inventário de Depressão Infantil – CDI, como instrumento avaliativo, encontrando a prevalência de 1,48% com predominância no sexo feminino.

De acordo com Cruvinel (2003), em sua Dissertação de Mestrado “Depressão Infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental”, crianças com transtornos depressivos geralmente apresentam problemas em seu rendimento escolar, havendo necessidade do uso de estratégias diversificadas para aprendizagem. A autora também destaca a importância do diagnóstico precoce do quadro depressivo, para que a criança seja encaminhada para tratamento, com a finalidade de superar a situação que está vivenciando.

Bahls & Bahls (2002), em sua pesquisa com 463 estudantes na faixa etária entre 10 e 17 anos, utilizou o CDI para avaliar possível depressão e déficit de aprendizagem. Os autores obtiveram nesta população 20,3% com depressão, havendo predomínio do sexo feminino; e, em relação à faixa etária, não houve diferença significativa entre os sujeitos pesquisados.

Hutz & Dell’Aglío (2004) investigaram distúrbio depressivo e rendimento escolar entre 215 crianças e adolescentes de ambos os sexos, dividindo-os em dois grupos: os que moram com a família e os institucionalizados, todos estudando em escola pública. O resultado desta pesquisa indicou que o grupo de crianças e adolescentes institucionalizado apresentou maior prevalência em relação à depressão e ao rendimento escolar, quando comparado ao grupo de crianças que moram com seus familiares.

Entre as várias escalas auto-avaliativas utilizadas como instrumento para mensuração do quadro depressivo infantil, destaca-se o Children's Depression Inventory CDI adaptado por Kovacs (1992) do Inventário de Depressão de Beck (1961). O instrumento apresenta grau de confiabilidade em relação a parâmetros psicométricos e consistência interna; é uma escala de auto-avaliação com objetivo de identificar sintomas depressivos em crianças e adolescentes na faixa etária entre 7 a 17 anos.

Este instrumento originalmente consta de 27 itens, com 3 alternativas cada e ponto de corte igual a 20. A criança deve escolher a resposta que mais explica o que ela está sentindo ultimamente. As alternativas apresentam pontuações de 0 a 2 e a escala pode ser aplicada individualmente ou coletivamente. No Brasil, o CDI foi adaptado e normatizado por Gouveia, Barbosa, Falcone e Gaião (1995) e apresenta 20 itens e ponto de corte de 18 pontos.

O CDI é um instrumento com validade, fidedignidade e normas satisfatórias para rastreamento de sintomas depressivos, segundo pesquisadores como Gouveia *et al.* (1995), Bandim *et al.* (1998), Baptista & Golfeto (2000), Curatolo (2001), Cruvinel (2003) e Hutz & Dell'aglio (2004), que utilizaram a escala em seus trabalhos brasileiros lembrando que o CDI serve para rastrear e indicar a sintomatologia depressiva, não sendo indicado como instrumento para determinar o Transtorno Depressivo.

Autores concluem sobre a necessidade de se realizar mais pesquisas para que a depressão infantil seja diagnosticada precocemente, evitando prejuízos afetivo-emocionais e cognitivos para as crianças, como também pela necessidade de maior conhecimento por parte dos profissionais da saúde e da educação no sentido de intervirem de maneira assertiva frente a este quadro, evitando que estas crianças apresentem outras dificuldades associadas ao quadro depressivo.

II - A CRIANÇA ABRIGADA

II - A CRIANÇA ABRIGADA

Existem fatores que são decisivos para o desenvolvimento humano. Nascemos com uma carga genética, mas nos formamos e nos consolidamos como autores de nossa própria história de vida na interação do genético com o social. Temos a necessidade de comunicação do ponto de vista bio-psico-social e de formação de vínculos, relacionamentos para um desenvolvimento saudável e criativo. Ao estudarmos os teóricos do desenvolvimento infantil, Klein (1975), Bowlby (1976), Spitz (1965), Winnicott (1963), observamos a importância da formação vincular entre o cuidador e o bebê, e sua repercussão no desenvolvimento infantil.

Quando esta relação é continente e segura por parte do cuidador, o desenvolvimento da criança tem grande possibilidade de se estruturar de forma saudável. Quando esta relação é falha, seja pela qualidade do vínculo ou devido à separação da família biológica ou cuidador, provavelmente haverá repercussões em seu desenvolvimento infantil, podendo-se desencadear desajustes afetivos e comportamentais na criança.

O presente trabalho pesquisou a realidade da criança abrigada verificando que o ingresso na instituição ocorre devido a diversas situações e fatores de negligência como: abandono, rejeição, vitimizadas e falta de estruturação sócio-econômica e/ou emocional. Há casos em que a criança que está abrigada é adotada, sendo esta adoção mal sucedida. O retorno da criança à instituição é uma situação extremamente dolorosa e sofrida, pois existe uma reedição do abandono, o que provavelmente acarretará grande prejuízo em seu desenvolvimento afetivo, cognitivo e social. Crianças que passam por esta vivência geralmente apresentam muitas dificuldades para vincularem-se novamente, apesar de desejarem encontrar um cuidador, porque é um movimento psíquico inconsciente defensivo para não sofrerem novamente.

Falar de criança abrigada é falar de família, isto é quando o poder de criar e de cuidar de uma criança é transferido para uma instituição, e isto significa que esta família fracassou em suas funções. Isto ocorre devido a comportamentos de risco como alcoolismo, drogadicção, prostituição, violência física e/ou emocional ou devido à família não possuir condições para criar seus filhos em ambiente estruturado e favorável para o seu desenvolvimento saudável.

A criança, por ser impotente e frágil frente a esta situação, torna-se vítima de sua própria família, correndo riscos em sua integridade física e psíquica. Observar e acompanhar crianças abrigadas é verificar que muitas famílias rompem seus vínculos afetivos, deixando seus filhos nas instituições, o que irá repercutir em sentimentos ambivalentes, transitando entre o amor e a raiva. De acordo com Soifer (1992), a família desestruturada demonstra falhas em

sua aprendizagem psicológica, causando a seus filhos sintomas e modos de defesa contra ansiedades derivadas da impotência para enfrentar a realidade. Golleman (1995) assegura que é na família que a criança internaliza valores, crenças, regras, os quais influenciarão em seu desenvolvimento na aprendizagem, cognição, afetividade e na sua interação com o meio-social.

Há muitos pais que não conseguem suprir as necessidades básicas de seus filhos, seja devido a situações decorrentes de violência ou de abuso sexual. Geralmente foram crianças vítimas de abuso, viveram situações de privação e de vitimização na infância, repetindo suas histórias de vida com seus filhos. Há ainda as que, por não apresentarem qualquer condição de cuidar dos filhos e, para que estes não sofram situações de violência, a própria família procura o Conselho Tutelar, entregando-os para serem abrigados como forma de proteção. Há necessidade de programas com ações preventivas para auxiliarem essas famílias a se estruturarem para que possam adquirir condições básicas de retomarem o poder familiar. .

Segundo Soifer (1992), a situação de maus-tratos pré-natais está relacionada às circunstâncias da gravidez vivenciada pela mãe como patológica, trazendo repercussões para o bebê pós-natal, podendo causar prejuízos à criança no decorrer de seu processo de maturação.

Brent (1993) pesquisou crianças que sofreram maus-tratos em idade inferior a 11 anos, verificando que, no transcorrer de suas vidas, possuem três vezes mais probabilidade de desenvolver distúrbios psiquiátricos quando comparadas com crianças que não viveram esta situação. Pesquisas demonstram que crianças que passaram por situações de privação têm maior probabilidade de apresentar transtornos afetivos e déficit de aprendizagem, de acordo com Grünspun (1979), Winnicott (1993) e Cruvinel (2003).

Entre as situações de vitimizações, Eizirik (1988) destaca que a negligência à qual a criança é submetida divide-se em física (ausência de cuidados físicos e médicos), emocional (privação de afeto e estrutura emocional) e educativa (privação escolar básica). Geralmente, crianças abrigadas sofreram estes três tipos de negligência por parte de seus familiares.

Bowlby (1982) afirma que crianças que passaram por rompimento de vínculos familiares no início da infância apresentam maior tendência para desenvolver transtorno afetivo. Essa idéia é corroborada por Winnicott (1987), que acredita que crianças que sofreram perdas parentais têm probabilidade de apresentar sintomas depressivos devido à privação parental.

Pesquisas desenvolvidas por Rutter (1995) com pessoas que passaram situações de perda na infância, discordam que a privação na infância seja um fator determinante para desencadear transtorno de humor. O autor acredita que, para isto ocorrer, é necessário haver interação desta situação com outras situações ambientais.

De acordo com Hutz *et al.* (2002), crianças abrigadas que sofreram maus-tratos apresentam grande probabilidade de apresentar Transtorno de Estresse Pós-Traumático, tendo como principais sintomas: ansiedade, sono agitado, com pesadelos, depressão, transtorno alimentar, isolamento social e dificuldade cognitiva.

A Organização Mundial de Saúde (1993) estima que 40 milhões de crianças sofrem algum tipo de abuso, havendo necessidade de intervenções médicas, psicoterápicas, sociais e jurídicas. Por maus-tratos, a O.M.S. (1993) entende que são situações nas quais as crianças são expostas a: abuso emocional (medos, ameaças, ofensas), abuso físico (surras, castigos), abuso sexual (manipulação de órgãos genitais, pornografias, atividades sexuais entre outras) e negligência familiar. Destaca-se que a grande maioria das situações de maus-tratos ocorre dentro das casas das crianças, junto a parentes mais próximos, o que foi constatado por este estudo em relação aos participantes desta pesquisa.

Há casos em que a criança é abrigada por medida de proteção e a família não demonstra interesse em reverter tal situação, deixando seu filho no abrigo sem visitá-lo, não buscando se organizar para poder tê-lo novamente em casa, situação esta que é propícia para a perda do poder familiar sobre a criança. Apesar de esta medida ser grave e definitiva, não significa que não possa ser revista judicialmente, mas é necessário que a família desta criança demonstre provas significativas de que melhorou para ter seus direitos sobre os filhos novamente.

O caminho percorrido pela criança até o abrigamento pode começar com uma denúncia anônima ou familiar, devido a situações de desamparo e de rompimentos com as condições básicas para que estas crianças sejam criadas adequadamente frente suas necessidades. Em menor porcentagem, há os pais que entregam seus filhos devido à falta de recursos econômicos e sociais, para que fiquem protegidos e tenham suas necessidades básicas garantidas pelo abrigo. Geralmente, estes pais buscam reorganizar-se, mantêm a vinculação afetiva por meio de visitas semanais e demonstram interesse em readquirir a convivência com os filhos.

A grande maioria das crianças chega ao abrigo com dificuldades sócio-afetivas e cognitivas, apresentando vivência de abandono e desamparo. Este momento é vivido de maneira dolorosa e difícil, pois a criança perde sua vinculação familiar e, com isso, seu referencial. Seu presente ainda desconhecido mobiliza sentimentos de medo e de insegurança e alterna seu funcionamento psicodinâmico entre agitação, agressividade, com apatia e isolamento. A princípio, a criança vive este momento como um luto. Arpini (2001) escreve que a criança ou o adolescente que passa por uma instituição mesmo por um curto período é estigmatizada socialmente, por não se levar em conta que a ação foi cometida contra a criança

e geralmente se acredita que exista algo errado com sua história de vida, e que ela pode ser nociva à sociedade. A instituição apresenta normas, regras e horários e a criança necessita adaptar-se a sua nova rotina. É importante que ela seja compreendida por seus novos cuidadores, mas muitas vezes eles não têm o preparo necessário para exercerem tais funções. É comum a criança manifestar sua tristeza e seu desagrado por meio de comportamentos inadequados como: ter dificuldades em aceitar limites, regras, sintomas somáticos, entre outros. Tal situação pode ser interpretada de maneira errônea, por seus novos cuidadores, rotulando e reduzindo a criança somente aos comportamentos inadequados, profecia que acaba sendo cumprida pela criança devido à falta de oportunidades para modificar-se.

Viver em abrigo impossibilita que a criança receba atenção e atendimento individualizado. A rotina diária do abrigo geralmente não permite que a criança possa falar a respeito de si e de suas dores. Suas características individuais são substituídas por comportamentos massificados, há poucas oportunidades de descobrirem e exercerem sua criatividade e potencialidade, seus vínculos afetivos e sociais ficam restritos devido às poucas oportunidades de exercê-los através da sociabilização e interação com um ambiente fora do abrigo. Lidar com situações de desproteção, abandono, perdas, rejeição mobilizam sentimentos de insegurança e ansiedade. De acordo com Bowlby (1969), são situações que dificultam o desenvolvimento emocional, prejudicando a capacidade de vincular-se novamente, surgindo o medo de sofrer nova perda.

Spitz (1965) escreve que crianças que passaram por situações de privação, maus-tratos e institucionalização podem apresentar dificuldades para se relacionar afetivamente com uma nova pessoa. Salienta o autor a importância do cuidador compreender, amparar e estimular a criança, para que ela se sinta segura e desenvolva sua capacidade de enfrentar situações cotidianas, como também de se vincular novamente.

A condição de estar abrigado é um momento difícil na vida da criança. Sua identidade é ameaçada, seu funcionamento perde a individualidade e passa para a coletividade, a criança é mais uma dentro da instituição, seus pertences são coletivos e, na maioria dos casos, a criança busca um referencial que não encontra. Essas vivências conflituosas e angustiantes podem se manifestar nas crianças sob a forma de sintomas psicossomáticos, transtornos afetivos e condutas anti-sociais. Conforme Winnicott (1987, p. 82): "... a tendência anti-social está inerentemente ligada à privação". Segundo o autor, são impulsos inconscientes utilizados pelas crianças para que alguém preste atenção e cuide delas. Se o cuidador compreender e tiver disponibilidade para amparar e dar continência à criança, ela pode encontrar no cuidador e no ambiente algo que foi perdido ou destruído, e reorganizar-se buscando novas formas de lidar

com seus impulsos agressivos. Para Winnicott (1994), a saúde mental da criança é construída a partir do seu nascimento por sua mãe ou cuidadora, que demonstre condições suficientemente boas, introduzindo e possibilitando à criança um ambiente facilitador para que seus processos evolutivos possam se desenvolver de forma saudável e criativa.

II.I O ambiente institucional

A literatura referente à adaptação e ao meio ambiente enfatiza a importância de que ele seja saudável para o bom desenvolvimento da criança. É por meio da relação com o outro que a criança tem maior possibilidade de integrar-se, constituir-se enquanto indivíduo adaptado, exercendo suas potencialidades para percorrer o caminho que se inicia, indo da dependência do cuidador para a autonomia, culminando com sua inserção social.

Crianças abrigadas necessitam adaptar-se ao ambiente institucional, o que nem sempre acontece de maneira adequada. Winnicott (1987), pediatra e psicanalista infantil, destaca a importância do meio ambiente para o desenvolvimento saudável da criança. Segundo o autor, um ambiente facilitador geralmente proporciona segurança à criança, o que possibilitará maior integração de seus processos mentais, juntamente com o exercício de sua capacidade criativa para adaptar-se e enfrentar situações cotidianas. Quando o ambiente não se constitui como suficientemente bom, provavelmente a criança terá grandes dificuldades para sentir-se confiante, podendo manifestar uma tendência anti-social. Quando este comportamento não é visto e/ou compreendido por seus cuidadores, há o perigo de que venha a caminhar em direção à delinqüência.

No Brasil, atualmente, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA (2005), há cerca de 20 mil crianças e adolescentes vivendo em abrigos. A maioria é de meninos (58,5%), entre 7 e 15 anos, negros, de família de baixa renda, abrigados devido a situações de vitimizações físicas, emocionais, abandono e negligência familiar. Em relação ao total de crianças abrigadas, 87% têm família, mas somente 58,2% mantêm vínculo familiar. A pesquisa destaca que mais da metade destas crianças vive há mais de dois anos nas instituições, havendo maior permanência das crianças com mais de 10 anos.

Ao se pesquisar o conceito de instituição, Lapassade (1977, p. 287) destaca que “instituição é um sistema de normas que estruturam um grupo social, regulam sua vida e seu funcionamento”.

Estudos realizados por Arpini (2001) apontam a necessidade de abordar o tema institucionalização infantil, junto ao contexto social, buscando definir o lugar que a criança abrigada ocupa e qual a responsabilidade do Estado sobre este local. De acordo com os autores, é preciso discutir a questão da afetividade dentro da instituição como um todo entre crianças, funcionários, ambiente, enfim, analisar o conjunto de relações instituídas.

Segundo Goffman (1987, p. 11) em seu livro: *Manicômios, Prisões e Conventos*, "... instituição pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada". De acordo com este autor, é comum o indivíduo institucionalizado ser submetido a situações humilhantes, sofrendo um processo de massificação, de perda de identidade, um afastamento de sua história de vida, o que é chamado de "mortificação do eu".

As instituições sociais apresentam sistemas de normas e leis definidos que, caracterizam-se por padrões de funcionamento, direitos e obrigações específica daquela instituição, afirma Eizirik (1988). De acordo com esta autora, ambientes institucionais geralmente são prejudiciais ao desenvolvimento da criança, devido à falta de cuidado individualizado, de cuidadores sem qualificação adequada para lidar e entender as necessidades das crianças, como também da pouca estimulação sensorial para desenvolvimento motor e cognitivo dos abrigados.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em seu artigo 19, o abrigo em instituição é uma medida de proteção aos direitos de crianças e adolescentes. A grande maioria das crianças que são abrigadas vem através do Conselho Tutelar e por ordem judicial, devido à situação de risco pela qual a criança está passando como: vítimas de abandono, vitimização, maus tratos, violência sexual, negligência parental, pobreza e adoção mal sucedida.

A partir da implantação do ECA (1990), foi decidido que o abrigo deve realizar programas de atendimentos garantindo o direito da criança de conviver com sua família de origem, preservando seus vínculos e apoiando a reestruturação familiar. Também é direito da criança e dever da instituição a participação da criança na vida da comunidade onde a instituição está localizada, como também a participação de voluntários no processo evolutivo e educativo da criança.

É importante que o abrigo realize ações para garantir e manter sua vinculação familiar e comunitária como, também, desenvolver programas para que sua organização e rotina se

assemelhem à organização familiar, inclusive realizar atendimento personalizado para cada criança abrigada.

Estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2005) demonstram que instituições com grande número de crianças abrigadas prejudicam seu desenvolvimento, desencadeando baixa auto-estima, dificuldades para novos vínculos afetivos, carência afetiva, atraso no desenvolvimento psicomotor e cognitivo, deixando marcas irreversíveis, dificultando a sociabilização e adaptação das crianças em famílias substitutas e na comunidade. Quando esta situação é vivida por longos períodos, deixam seqüelas que acompanharão a vida desta criança, dificultando sua adaptação ao meio social, além de ser uma violação a seus direitos. De acordo com o ECA, o abrigo deve atender pequenos grupos de crianças; ainda que não determine o número, recomenda que o ideal seja em torno de 25, para que o atendimento possa ser individualizado.

A rotina de um abrigo necessita de normas e regulamentos para sua organização funcional. De acordo com Arpini (2001), o fato de a instituição apresentar uma rotina rígida para seu funcionamento, não deve restringir o desenvolvimento da criança, como, também, não deve implantar situações de medo, dificultando suas atitudes e expressões verbais. Também de acordo com a autora, o fato de as crianças não terem seus pertences como roupas, brinquedos, armários individuais, contribui para a homogeneização de conduta, podendo dificultar a formação da identidade. Outro aspecto destacado é o quadro de funcionários, que necessita ter conhecimento da importância de seu trabalho, a noção de que são modelos referenciais para as crianças. Muitas crianças abrigadas buscam substituir seus vínculos afetivos perdidos por novos vínculos, elegendo cuidadores para esta formação. Bowlby (1969) escreve que, para o desenvolvimento saudável, é necessário comportamento de apego, que é a busca do ser humano por estabelecer vínculos afetivos com o outro, é sentir-se protegido, é estar envolvido emocionalmente com alguém.

Alexandre (2003) coloca que a rotina do abrigo geralmente não possibilita que cada criança possa falar e trabalhar seus sentimentos, seus medos e suas rupturas afetivas. O autor acredita ser relevante, além das normas a serem obedecidas pelas crianças, criar um espaço para que elas falem de suas vidas e de seus desejos junto às outras crianças abrigadas que apresentam histórias de vida semelhante. Profissionais de abrigos, principalmente das áreas psicológica e pedagógica, deveriam elaborar programas psico-sociais que favorecessem a elaboração destas vivências conflituosas, em uma tentativa de proporcionar espaços para que seja minimizado o efeito da institucionalização.

Segundo Bleger (1998), a criança que já foi abandonada e isolada pela sociedade, reedita esta vivência dentro da instituição. A proposta do abrigo é de proteção, amparo, e formação, apresentando grande tendência a fracassar. Portanto, na instituição, a criança passa pelo mesmo problema que a angustiava anteriormente, sente-se impotente frente a sua vida e desamparada.

Estudiosos do desenvolvimento infantil como Bowlby (1969), Spitz (1965) e Winnicott (1987) alertam para a importância de a criança ter um cuidador confiável, que lhe proporcione um ambiente seguro para que possa viver novas situações, exercer sua criatividade e criar novos vínculos.

III - APRENDIZAGEM INFANTIL E ESTRATÉGIAS LÚDICAS

III - APRENDIZAGEM INFANTIL E ESTRATÉGIAS LÚDICAS

Jean Piaget (1964), criador da Teoria Epistemológica Genética, realizou pesquisas voltadas à construção e aquisição do conhecimento por parte da criança, enfatizando que aprender é um processo ativo contínuo, com novas formas de organização e adaptação ao meio. De acordo com este autor, o indivíduo utiliza-se de esquemas de ação para responder ao meio. Esses esquemas se adaptam e se modificam com o desenvolvimento mental. A criança utiliza-se dos processos de adaptação, que contém dois movimentos complementares: assimilação e acomodação. A assimilação busca internalizar o objeto do conhecimento. Por sua vez, a acomodação é a transformação interna que a pessoa faz para acomodar este objeto e trazê-lo dentro de si.

Segundo Piaget (1964), na aprendizagem há um processo contínuo de ampliação das estruturas cognitivas com mais esquemas de ação. Cada novo esquema de ação não substitui o anterior, mas incorpora-se a ele, ampliando qualitativamente o desenvolvimento cognitivo. Os processos voltados ao pensar desenvolvem-se de forma seqüencial não linear e construtiva, favorecendo a aprendizagem específica das estruturas lógicas, o que se afirmará apenas na adolescência.

Oliveira (1996) ressalta que o processo evolutivo caracteriza-se por constantes rupturas, e a criança busca novas aquisições em planos mais elevados. O aprender ocorre a partir da criatividade do sujeito, frente à realidade que se apresenta, inventando-a e organizando-a através de sua própria ótica. É o caminho da autonomia e espontaneidade, de condições imprescindíveis para aquisição da aprendizagem. A autora destaca que a aprendizagem é criativa por natureza, sem perder o caráter individual.

Atualmente, há grande interesse por parte de estudiosos como Andriola e Cavalcante (1999), Hutz & Dell'Aglio (2004), Cruvinel (2003), Boruchovitch (1994) e Pain (1985) em descobrir o que ocorre com a criança quando há falhas na aquisição do conhecimento, levando-a a fracassar em seu desempenho escolar. De acordo com pesquisas divulgadas pela UNESCO (1997), o fracasso escolar no Brasil está entre os maiores índices da América Latina, principalmente em relação à 1ª. série, o que gera dificuldades para que a criança prossiga em seus estudos, como também em seus aspectos afetivos, podendo ocasionar comportamentos inadequados relacionados a sociabilização, auto-imagem negativa, agressividade, apatia e depressão.

Este trabalho estuda a criança com dificuldade de aprendizagem decorrente de fatores individuais e ambientais e não devido a disfunções orgânicas da criança.

Entre os vários fatores que interferem no desenvolvimento e na aprendizagem formal, os autores Ajuriaguerra (1976), Pain (1985), Boruchovitch (1994), e, Barbosa e Gaião (2001) destacam a presença de aspectos afetivo-emocionais e sociais em crianças com déficit de aprendizagem, entre eles: baixa-estima, auto-imagem negativa, alta ansiedade, sentimento de menos valia e de inferioridade, desestrutura familiar.

Hutz e Dell'Aglio (2004) realizaram pesquisa sobre depressão, desempenho escolar e crianças abrigadas comparando-as com crianças que moram com suas famílias. Para esta pesquisa, os autores avaliaram 215 crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 7 a 15 anos, matriculados em escolas públicas da periferia da cidade de Porto Alegre, divididos em dois grupos. Um grupo de crianças abrigadas e o outro de crianças morando com a família; os participantes foram avaliados com o C.D.I., Raven e Escala de Avaliação do Desempenho Escolar. O resultado aponta maior correlação entre crianças institucionalizadas, sintomas depressivos e déficit de aprendizagem, quando comparado ao grupo de crianças que moram com a família. De acordo com os autores, são escassos os estudos que relacionam crianças abrigadas e aprendizagem escolar, sendo necessárias mais pesquisas sobre este tema, para que esta população seja atendida preventivamente.

A criança abrigada passa por grandes perdas vinculares, podendo se desorganizar cognitiva e afetivamente, o que, de acordo com Winnicott (1994), pode estar relacionado com o impedimento do gesto espontâneo e da criatividade, condições essenciais para o processo de aprendizagem. De acordo com o autor, não existe indivíduo desvinculado de seu meio. O ambiente saudável é aquele que proporciona um espaço potencial confiável para que a criança sinta segurança e possa experimentá-lo.

O ambiente do abrigo geralmente é sentido pela criança como ameaçador, sendo que há fatores internos na instituição que atuam no sentido de embotar o desenvolvimento das habilidades cognitivas, em especial a capacidade do pensamento criativo, segundo afirmações de Alencar (1993).

A Psicologia da Saúde, segundo Custódio (2003), apresenta como foco principal de seus estudos a promoção do bem-estar em uma visão integrada do ser humano, para que dessa forma ele consiga interagir com o meio em que está inserido de forma saudável. Portanto, é importante proporcionar à criança um ambiente confiável e seguro, onde ela consiga se arriscar para experienciar situações inovadoras que possibilitarão novos caminhos em seu processo evolutivo.

Autores como Piaget (1964), Oliveira (1992), Bomtempo (1987), e Winnicott (1975), concluem que o lúdico é um instrumento que possibilita a criança externalizar situações conflituosas internas, pois é brincando que a criança tem a possibilidade de elaborar estas vivências para ter uma vida mais saudável.

III.1 O brincar

O desenvolvimento infantil ocorre na interação da criança com o social. É no meio ambiente saudável que a criança cria vínculos afetivos, realiza trocas com outras crianças e/ou adultos, enfrenta novas situações, adquire conhecimento e caminha para sua autonomia, construindo sua história de vida. Acompanhando este movimento evolutivo, há o brincar, que apresenta características próprias pertinentes à idade cronológica da criança.

A criança, durante a História da Humanidade, possuiu brinquedos, e todas as civilizações, das mais primitivas às mais civilizadas, tiveram e têm seus brinquedos. É por meio do brincar que ocorre a transmissão da cultura lúdica de geração para geração, todas as sociedades reconhecem o brincar como pertinentes ao desenvolvimento infantil, de acordo com Pontes e Magalhães (2003).

Kishimoto (1994) destaca que a transmissão cultural do brincar, percebida nas brincadeiras tradicionais, geralmente exercidas nas ruas, apresenta características de anonimato, transmissão oral, tradição, conservação e universalidade, torna-se um elo entre crianças de várias gerações. É a história infantil revivida a cada nova geração.

Vários autores salientam a importância do brincar, entre eles Spitz (1965) que enfatiza a importância da criança relacionar-se afetivamente com um cuidador, como também de ser estimulada pelo brincar para desenvolver-se de maneira saudável.

Bowlby (1982) fala a respeito da teoria do apego. Segundo o autor, o bebê necessita ter um cuidador que realize trocas afetivas com ele. Quando isso não acontece, o bebê reage de forma limitada às brincadeiras do cuidador, o que pode gerar um afastamento, prejudicando ainda mais seu desenvolvimento afetivo-emocional. É o cuidador, por meio do brincar com o bebê, que possibilita que ele sinta-se seguro.

Para Winnicott, é através do brincar que a criança consegue realizar o processo de separação entre ela e a mãe (cuidador), para tornar-se independente e inserida socialmente. Segundo o autor,

...é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde: o brincar facilita o crescimento e, portanto a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia, finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. (1975, p. 63)

Brincando, a criança tem a possibilidade de elaborar seus conflitos e tornar-se criativa frente a sua vida.

Crianças abrigadas passam por um período de luto, no qual a princípio são esperadas alterações em sua dinâmica de vida. A criança necessita adaptar-se a sua nova condição. Apesar de, na grande maioria dos casos, o abrigo ter ocorrido devido a vitimizações, a criança sente a separação familiar comportando-se agressivamente, o que muitas vezes é confundido com desobediência e comportamentos indisciplinados. A questão da criança abrigada vai muito além das necessidades materiais, apesar destas serem extremamente importantes. As crianças que moram em um abrigo sofrem de abandono afetivo, são filhos do abandono social, não têm alguém que os visite constantemente formando vínculo, o que pode ocasionar prejuízos em seu desenvolvimento, na formação de sua identidade e em sua sociabilização.

A escolha pelo lúdico neste estudo, com base na teoria neo-piagetiana representada por Oliveira (1992), justifica-se por ser uma situação em que há predomínio da assimilação sobre a acomodação, ou seja, do prazer sobre a tensão. Desta forma, a criança sente-se motivada e envolvida para realizar a atividade lúdica proposta, o que poderá produzir benefícios em sua aprendizagem. O lúdico possibilita integrar cognição e afetividade, contribuindo significativamente para a aprendizagem infantil.

Oliveira (2000, p. 22), numa leitura que conjuga a Epistemologia Genética à Psicanálise escreve que,

O brincar, por ser uma situação onde predomina o prazer sobre a tensão, favorece o relaxamento e conseqüentemente a emergência de novas idéias, a criatividade, que combina conteúdos e dinâmicas conscientes e inconscientes. Do ponto de vista psicológico, assumir os riscos de inovar alguma coisa faz parte do processo humano de desenvolvimento e supõe a crença, a confiança em si e no grupo, que torna suportável e até desafiador o medo do desconhecido.

Crianças abrigadas, devido às situações pelas quais estão passando, podem manifestar transtornos de humor, sociopatias e dificuldades de aprendizagem. O lúdico, por ser um instrumento potencializador de prazer e relaxamento, pode facilitar a superação desses

quadros. O brincar, para esta autora, contribui para promoção da saúde, podendo possibilitar a resignificação de vivências conflituosas, como também a interação com o grupo, situação importante dentro de uma instituição, para que a criança se conheça e perceba a dinâmica funcional do outro e/ou do grupo. Esta interação pode produzir flexibilidade no pensar da criança, permitindo-lhe que descubra novas formas de enfrentar situações, pois o grupo demonstra à criança suas falhas e dificuldades, cabendo a ela modificá-las, para poder aceitá-las e conviver melhor. Situações lúdicas em diversas abordagens, de acordo com Kishimoto (1994), são potencializadoras do desenvolvimento. No brincar, é quando a criança pode agir livremente, ser espontânea, representar sua realidade e sentir-se segura e confiante para enfrentar novos desafios.

Sistematizando a evolução do lúdico, é possível separar em jogos ou brincadeiras de exercício na fase sensório-motora (0 a 2 anos), nas quais as crianças estão voltadas para a satisfação de suas necessidades básicas e obtenção de prazer imediato. Há uma repetição incessante para exercitar esquemas de ação já aprendidos, o que lhes dá a sensação de eficácia e poder. É a fase das reações circulares. A seguir, os jogos simbólicos ou faz-de-conta, no período pré-operatório (2 a 7 anos), que se caracterizam pela assimilação por analogia, fase na qual a criança atribui conteúdos simbólicos às suas ações quando joga. Coloca significados correspondentes aos de sua vida social ou física no brincar, começando a adquirir a capacidade de compreensão, de antecipação e de argumentação imaginária. Logo depois, com o pensamento operatório, que ocorre aproximadamente em torno dos 7 anos, a criança adquire maior autonomia e espontaneidade em suas ações, compreendendo melhor o que se passa na situação presente. Adquire também a condição de fazer previsões para o futuro, percebendo o objeto como um todo e adquirindo capacidade de dividi-lo em partes, seriando-as e classificando-as, adquirindo a reversibilidade de suas construções mentais. Oliveira (2000) identifica esta fase como a fase dos jogos de regras.

Nessa etapa, aprende a coordenar as operações, descobrindo muitas possibilidades para fazer suas escolhas. A partir dos 11 anos, a inteligência formal começará a criar hipóteses, compreendendo melhor sua adaptação com o meio. Esse processo ocorre sempre acompanhado da linguagem, agora mais estruturada e reflexiva. De acordo com Oliveira (2004, p. 7),

Quando uma pessoa joga com a utilização de regras, seja ela criança, adolescente, ou mesmo adulto, as possibilidades e competências cognitivas e sociais aí desenvolvidas passam a fazer parte de sua estruturação mental, podendo ser generalizadas para outras situações quaisquer. Isto vale para a solução de problemas relacionados à escola, à profissão, ou até para o relacionamento com outras pessoas.

A criança, por meio do jogo, adquire a consciência da relação com o outro, percebe que está inserida no caráter coletivo, com limites e regras que regulam as condutas dos participantes do jogo. Nessa fase, é importante a inserção no grupo, pois este dá continência para suportar situações desprazerosas como, por exemplo, a frustração e o medo. Há necessidade de a criança estar capacitada para adaptar-se ao meio social, compartilhando suas experiências com outros, para a construção de seu desenvolvimento afetivo-cognitivo.

De acordo com Oliveira (2004, p. 9),

Por serem jogos, incluem-se na categoria das atividades lúdicas, as quais, a partir de uma leitura construtivista piagetiana caracterizam-se por serem situações onde é mais prazeroso e mais fácil assimilar, aprender, havendo o predomínio da assimilação sobre a acomodação. Assim sendo, a tensão de vencer o desafio de controlar a impulsividade, ameniza-se face à alegria, à motivação e ao envolvimento inerentes à situação.

Vê-se, portanto, a importância do brincar para o processo da aquisição da aprendizagem. Através do jogar, a criança desenvolve aspectos afetivos, cognitivos, motor, social, depara-se com regras, o que implica exercer os processos de assimilação e acomodação, favorecendo sua equilíbrio.

É necessária a realização de novos estudos a respeito de aprendizagem, estratégias lúdicas e déficit de aprendizagem em crianças abrigadas, para que possam ser compreendidas e motivadas a superarem suas dificuldades relacionadas ao abrigo, possibilitando-lhes o desenvolvimento cognitivo social e emocional.

IV - OBJETIVOS

IV - OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar a influência de estratégias lúdicas em crianças abrigadas, quanto ao desenvolvimento intelectual, à depressão e à aprendizagem escolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar a instituição que abriga as crianças em estudo, quanto a sua organização e operacionalização.
2. Levantar o perfil evolutivo de cada criança estudada, quanto ao seu desenvolvimento intelectual, à depressão e à aprendizagem escolar, antes e depois da intervenção lúdica.

V - MÉTODO

V - MÉTODO

Trata-se de estudo clínico que propõe uma avaliação psicológica seguida de intervenção lúdica e de uma reavaliação, no final, para a verificação de possíveis modificações em relação à influência das estratégias lúdicas em crianças abrigadas, quanto ao desenvolvimento intelectual, à depressão e à aprendizagem escolar.

V.I Participantes

O estudo realiza-se junto a oito crianças, com idade média de 8 anos, sendo quatro do sexo feminino e quatro do sexo masculino, abrigadas em instituição conveniada com a prefeitura do município de grande porte do Estado de São Paulo, cursando a 1ª. série do Ensino Fundamental em escola pública, com dificuldades de aprendizagem formal, de classe de baixa renda. As crianças estão abrigadas, em média, há dois anos, devido a situações de risco, físicas e emocionais, tais como: abandono, pais drogadictos, pais presidiários, pais falecidos, vitimizações, abuso sexual e falta de recursos adequados para serem cuidados pela família biológica.

Foram consideradas na presente pesquisa, como critérios de avaliação, as dificuldades de aprendizagem indicadas pela escola onde as crianças estão matriculadas: rendimento escolar contínuo abaixo da média, grande dificuldade em alfabetização, em leitura e em construção numérica, déficit de atenção, dificuldades relativas à memorização e à atenção concentrada. Associados a esse quadro, a escola aponta problemas de comportamento, tendendo a dois extremos: por um lado, crianças apáticas, que não se envolvem com as situações propostas em sala de aula e/ou recreio; por outro lado, crianças com comportamento agressivo e auto-destrutivo.

A entidade pesquisada foi fundada em meados de 1976 e, oficialmente, em 6/9/1986. Caracteriza-se como uma instituição sem fins lucrativos.

V.II Ambiente

Foi utilizado o próprio espaço da instituição para avaliação e intervenção. O local para a realização das avaliações foi a sala da psicóloga do abrigo, devido à privacidade oferecida, para que não houvesse interferências que pudessem modificar os resultados. Em relação às intervenções lúdicas, o local escolhido foi um dos pátios da instituição, levando em

consideração o espaço físico, para que os 8 participantes realizassem as atividades sem interferências dos funcionários.

V.III Material, técnicas e instrumentos

Material relativo à avaliação das crianças

- Ficha de identificação da criança institucionalizada.

Esta ficha tem como objetivo identificar a criança nos seguintes aspectos: nome, data do nascimento, sexo, escolaridade, data do abrigamento e rendimento escolar (Anexo 1).

- Entrevista semi-dirigida.

Entre os vários instrumentos utilizados pelo método clínico, destaca-se a entrevista, por ser uma técnica de investigação científica usada em psicologia para a coleta de dados relevantes, podendo ser útil para a determinação de diagnóstico ou orientação. O campo em que acontece a entrevista é dinâmico, está sempre em constante mudança e complementa os dados da observação, conforme Bleger (1998).

Segundo Campo *et al.* (1990), a entrevista denominada semi-dirigida permite ao entrevistado falar a respeito de determinados assuntos na ordem em que quiser abordá-los, o que é significativo para o entrevistador.

- Observação participativa

Verifica a organização e operacionalidade do abrigo quanto: o trabalho dos cuidadores, da equipe técnica e da diretoria em relação as crianças abrigadas.

- Matrizes Progressivas Coloridas Escala Especial Revista – Raven, segundo Angelini *et al.* (1999).

Esta escala foi desenvolvida por Raven J. C., em 1947, revista em 1956, e traduzida e adaptada no Brasil por Angelini *et al.* (1999). Trata-se de um teste de inteligência não verbal,

sendo indicado para avaliação de crianças de cinco a onze anos e meio. O teste é composto por três séries de doze itens, com múltiplas escolhas, para que o sujeito faça relação com o que está sendo pedido pelo pesquisador. As três séries de doze itens cada estão organizadas para avaliar a cognição do sujeito, desenvolvimento mental e maturidade intelectual.

- Provas Operatórias de Jean Piaget

Trata-se de Provas Piagetianas, descritas e comentadas por Oliveira (1999), que têm como objetivo avaliar o desenvolvimento cognitivo do sujeito por meio de análise quantitativa e qualitativa de seu nível de inteligência operatória, através de provas de classificação, seriação e conservação.

- Inventário de Depressão Infantil CDI de Kovacs (1992), adaptado e normatizado por Gouveia, Barbosa, Falcone e Gaião (1995).

O Inventário de Depressão Infantil – CDI (Children’s Depression Inventory), originou-se a partir da adaptação do Inventário de Depressão de Beck, nos Estados Unidos, por Kovacs (1985), tendo como objetivo mensurar e identificar sintomas depressivos na população de 07 a 17 anos. O referido teste apresenta 27 itens, avaliando sintomatologia depressiva nas esferas cognitiva, afetiva e comportamental. Cada item do teste apresenta três alternativas, sendo a criança orientada para selecionar o item que melhor explica seus sentimentos nos últimos dias. O CDI pode também ser respondido por pessoas próximas da criança investigada. Gouveia *et al.* (1995) normatizaram e adaptaram o CDI para a cidade de João Pessoa, tendo sido utilizado por diversos pesquisadores como Baptista & Golfeto (2000) e Cruvinel (2003), que comprovaram sua eficiência. Destaca-se que a adaptação para o Brasil foi reduzida a 20 itens, com ponto de corte igual a 17 pontos, tendo sido atribuído para cada item um escore correspondente a 0 (para a primeira alternativa escolhida), 1 (para a segunda alternativa escolhida) e 2 (para a terceira alternativa escolhida). Pela soma dos escores de todos os itens, é obtido o escore geral de cada criança. Do presente estudo, foi retirado o item a respeito de suicídio, devido à pouca idade das crianças pesquisadas. Portanto, o ajuste do ponto de corte é de 16 pontos, destacando que esta decisão foi baseada no trabalho de Cruvinel (2003). É importante destacar que o CDI está sendo utilizado nesta pesquisa somente para identificar sintomas depressivos e não como diagnóstico final (Transtorno Depressivo).

O inventário CDI não realiza uma categoria diagnóstica e, sim, uma visão geral da sintomatologia depressiva, de acordo com Golfeto *et al.* (2001).

Material Relativo a Intervenção Lúdica

Para a realização desta etapa foram utilizadas intervenções lúdicas segundo o modelo Piagetiano, conforme afirmações de Oliveira (1996, 2003 e 2004): sensório motoras, simbólicas e com jogos de regras ou jogos de sociabilização. Foram realizadas oito intervenções lúdicas grupais, sendo quatro intervenções semi-dirigidas e quatro intervenções livres, junto a um grupo de oito crianças.

- **Brincadeira Sensório–Motora**

É a brincadeira de forma corporal, através de movimentos e sensações. É a chamada “brincadeira de exercício”, que desenvolve a consciência corporal. A criança busca resultados do que faz de forma imediata, sendo conservadora e reprodutora. Esta modalidade de brincar foi selecionada por possibilitar observar e incentivar a procura da organização da realidade concreta., em suas grandes categorias espaço-temporais.

- **Brincadeira Simbólica**

Selecionou-se esta modalidade lúdica já que, por meio do brincar simbólico, a criança tem a possibilidade de projetar conteúdos internos, como: sentimentos de abandono, de rejeição, de medo entre tantos outros que a criança passa a ter. Brincando, ela tem a possibilidade de se comunicar com os outros e consigo mesmo, podendo abrir caminho para sua autonomia e sociabilização.

- **Jogos de Regras**

Os jogos de regras foram selecionados porque proporcionam inserção no social, mobilizam recursos cognitivos, criatividade e flexibilidade para atingir o objetivo final do jogo. É de grande auxílio para crianças que apresentam dificuldades relacionadas à aprendizagem formal para que elas sintam-se motivadas em busca de soluções para a sua autonomia.

V.IV Procedimentos

Em um primeiro momento, foi feito contato com a instituição de crianças abrigadas para dar esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa, apresentando o tema, os objetivos e os instrumentos a serem utilizados para as avaliações. Foi passada também, informações a respeito do sigilo e a disponibilidade para explicar possíveis dúvidas. Ressaltou-se que a presente pesquisa acatará incondicionalmente as normas elaboradas pelo Conselho Nacional de Saúde, atinentes à resolução 196/96, no que tange às pesquisas científicas que envolvem a colaboração de seres humanos, utilizando-se, por exemplo, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

A partir desse consentimento, teve início o trabalho de caracterização da instituição, a seguir a avaliação do rendimento escolar das crianças, e contato com a coordenadora pedagógica para a seleção das crianças, através de entrevista semi-dirigida, de acordo com os critérios: sexo, idade, série, dificuldades de aprendizagem formal, sendo todas matriculadas em escola pública e tempo de abrigamento. Foi agendada previamente com a direção da instituição a aplicação dos testes, como também dia e horário semanal para as intervenções lúdicas com as crianças. Em um segundo momento, realizou-se a Primeira Avaliação, sendo esta aplicada individualmente nas crianças pesquisadas, na seguinte ordem: Matrizes Progressivas Coloridas – Raven, Provas Operatórias de Jean Piaget e Inventário de Depressão Infantil, CDI. Ressalta-se que as aplicações foram feitas em dias diferentes para que as crianças não tivessem seu desempenho prejudicado por fadiga. A aplicação foi realizada em sala da própria instituição. Em um terceiro momento, foram realizadas as intervenções lúdicas grupais, todas segundo roteiro contendo: roda de conversa inicial, atividade lúdica e roda de conversa final, com objetivo de trabalhar conteúdos que surgiram durante a atividade.

As estratégias lúdicas utilizadas foram oito, na seguinte ordem:

- atividade lúdico plástica, semi-dirigida, voltada para a representação plástica do corpo humano;
- narrativa de contos de fadas, com representação cênica após a narrativa;
- o jogo “Gato e Rato” – Atividade corporal, gráfica, com regras;
- o jogo de memória em grupo;
- quatro atividades lúdicas livres, com materiais figurativos individuais e grupais.

Em um quarto momento, as crianças foram reavaliadas individualmente com os mesmos instrumentos da 1ª. Avaliação, para verificar possíveis modificações em relação a seu desenvolvimento intelectual, e possível quadro depressivo e sua aprendizagem escolar.

Ao término da pesquisa, houve uma entrevista devolutiva para a diretora presidente da instituição que é responsável pelas crianças a respeito dos dados conclusivos e possíveis encaminhamentos.

Quanto aos procedimentos de análise dos dados, os resultados das duas avaliações foram comparados e analisados à luz da epistemologia genética e da leitura winnicottiana, como também os dados informativos da instituição.

Foram também avaliadas a eficácia e a influência das intervenções lúdicas nos resultados obtidos, os quais são apresentados e discutidos a seguir.

VI - RESULTADOS E DISCUSSÃO

VI - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dada a complexidade e abrangência dos resultados, eles serão apresentados e discutidos inicialmente em suas diversas partes, como segue:

- inicialmente são apresentados dados relativos à caracterização da instituição que abriga as crianças em estudo, quanto a sua organização e operacionalização;
- a seguir, são apresentadas as descrições das Intervenções Lúdicas;
- na seqüência, dados relativos ao perfil evolutivo de cada criança estudada, quanto ao seu desenvolvimento intelectual, a depressão e a aprendizagem escolar, antes e depois da intervenção lúdica;
- e, finalmente, os resultados referentes às avaliações com os instrumentos utilizados: Raven, Provas Piagetianas e C.D.I. aplicados nos participantes deste estudo, antes e depois das intervenções lúdicas.

Após apresentação e discussão dos dados, em diferentes enfoques acima relatados, será feita uma síntese geral, verificando a influência de estratégias lúdicas em crianças abrigadas, quanto ao desenvolvimento intelectual, à depressão e à aprendizagem escolar.

VI.I Relativos à Caracterização da Instituição como um todo

A instituição estudada foi criada com a finalidade de cuidar de crianças em situações de risco e abandono da zona portuária, onde a maior parte das mães trabalhavam na prostituição (garota de programa). Com o passar do tempo, houve apoio de comerciantes, da prefeitura e da população, situação que possibilitou a compra da nova sede, onde a instituição funciona atualmente. Tem capacidade para abrigar 35 crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, sendo que, atualmente, há crianças com 12 anos, por tratar-se de irmãos abrigados, vítimas de negligência familiar, assédio sexual e abandono. As crianças são encaminhadas através dos Conselhos Tutelares da cidade para serem abrigadas, cabendo ao abrigo cuidar, proteger e dar condições adequadas para o desenvolvimento delas. As crianças permanecem no abrigo o tempo determinado pelo juiz da Vara da Infância e Juventude, tempo este para que os pais ou a família biológica se estruturam, para que seus filhos possam retornar ao convívio familiar. Caso isto não seja possível, os pais poderão perder o poder familiar e a criança poderá ser encaminhada para adoção.

Atualmente, a instituição abriga 37 crianças, permanecendo aberta 24 horas por dia ininterruptamente, recebendo crianças em qualquer hora do dia ou da noite. A instituição possui 33 funcionários para organizar, limpar, cozinhar e cuidar das crianças, sendo eles divididos em turnos, para trabalharem nos períodos: diurno, noturno, finais de semana e feriados. Conta com auxílio, para a realização das tarefas mencionadas acima, de voluntários cadastrados e organizados em dias semanais e horários diversos, completando o quadro de funcionários.

O abrigo tem uma diretora-presidente e seis diretores para os cargos de tesoureiro, secretário e vice-presidente. A equipe técnica é composta por: uma psicóloga, uma assistente-social, uma coordenadora pedagógica e um médico pediatra. Esta equipe, mediante as necessidades apresentadas pelas crianças, realiza intervenções e projetos, na tentativa de promover melhor adaptação e desenvolvimento das crianças no transcorrer da permanência na instituição.

As crianças abrigadas realizam diversas atividades dentro e fora da instituição. Entre elas destacam-se: escola, atividades esportivas (futebol, natação e capoeira), culturais (dança, sapateado, cinema e teatro) e lazer (passeios).

Para os programas desenvolvidos pelo abrigo, uma equipe composta por 50 voluntários, tais como, médico, dentista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, advogados, donas de casa entre outros, dá suporte ao funcionamento da instituição.

Realiza-se, também, o trabalho de orientação e acompanhamento, quando necessário, às famílias biológicas, após o desabrigamento, no intuito de auxiliá-las e ampará-las com programas sociais conveniados com a Prefeitura e empresários da cidade, para colocação no campo profissional. Paralelamente, a instituição doa cestas básicas, roupas, calçados e material de higiene por período pré-determinado pela equipe técnica, com o objetivo de facilitar o retorno da criança ao lar.

Foi possível verificar a organização e operacionalização do abrigo, cabendo à coordenadora geral a responsabilidade da troca de turno dos funcionários nos períodos diurno e noturno, organizar a ida das crianças à escola e verificar o funcionamento da cozinha, que, por sua vez, funciona sob a responsabilidade de duas funcionárias que seguem cardápio organizado por estagiárias de nutrição, com o objetivo de oferecer alimentação pertinente às necessidades das crianças. Nos horários de refeições, as crianças servem-se pelo sistema *self-service* (bancada adaptada à altura das crianças), e comem sozinhas (maiores), com monitoramento de funcionárias. O objetivo deste processo é de torná-las independentes e levarem-nas a conviver socialmente.

Existe uma rotina programada relacionada à higiene e às tarefas escolares, como banho, lição de casa, aulas de reforço escolar, atividades esportivas (natação e futebol), aulas de dança, consultas médicas, fonoaudiólogas e fisioterapeutas. A entidade possui sistema próprio de transporte para levar as crianças a atividades fora do abrigo, sempre monitoradas por funcionárias. Há dois horários críticos: antes do almoço e no final do dia. O primeiro destaca-se pela maior parte das crianças estarem envolvidas em atividades como banho, almoço e preparação para a escola, e o segundo, por tratar-se do retorno das crianças que estão na escola no período da tarde, e estarem se preparando para tomarem banho e jantar. Neste segundo "horário de pico", as crianças chegam muito agitadas, havendo momentos de confusão entre os funcionários, o que prejudica a dinâmica do grupo.

Não existe horário rígido em relação à hora de dormir para crianças maiores de 5 anos. Normalmente elas assistem a filmes infantis e brincam com as monitoras. Os quartos são separados entre meninos e meninas e, dependendo da quantidade de crianças abrigadas, há necessidade de dividir a cama para duas crianças.

Em relação a roupas, sapatos e brinquedos, são igualmente usados por todas as crianças, não havendo distinção ou individualização. Já, quanto ao uniforme, material escolar e mochila, cada criança possui o seu, devidamente etiquetado.

A instituição possui uma pequena brinquedoteca, sendo possível a criança utilizá-la em qualquer horário, durante o período diurno e o início da noite.

Todas as quartas -feiras, no período de 16:00 às 18:00 horas, a instituição é aberta para a visita das famílias biológicas. É possível observar grande agitação por parte dos familiares, das crianças e dos funcionários, devido a situações imprevisíveis por parte dos familiares, como: brigas, discussões, comportamentos agressivos, tanto em relação aos funcionários e equipe técnica como a outras famílias, havendo necessidade de intervenções, algumas vezes de policiamento ou mesmo resgate da área da saúde mental. É norma do abrigo que a família biológica passe durante este horário por entrevista com a psicóloga e a assistente social para receberem orientações em relação ao desabrigamento de seus filhos.

O dia da visita dos pais biológicos é o mais agitado para as crianças. As crianças que recebem visitas geralmente choram muito quando os pais vão embora com os seus familiares, e os que não recebem visitas ficam mais ansiosos e agitados. Muitas crianças demonstram comportamentos que vão da agressividade à apatia, como também é alto o número de crianças que apresentam sintomas psicossomáticos como febre, dor de estômago, dor de barriga e enurese.

É possível verificar o grande vínculo afetivo formado entre as crianças e a diretora-presidente do abrigo. É notória a função materna exercida por ela, podendo ser visto este comportamento sempre que as crianças chegam da escola, indo diretamente à sala da direção para abraçá-la, beijá-la e contar-lhe as novidades sobre o dia.

Em relação aos dados obtidos pelas entrevistas semi-dirigidas, (Anexo3), a grande maioria dos funcionários é do sexo feminino (80%), apresentando nível médio de escolaridade, que trabalha no abrigo, em média, há três anos, mas busca mudar de emprego apesar de estarem satisfeitos com o seu trabalho.

De acordo com os funcionários, diretoria, psicóloga e coordenadora geral do abrigo registrou-se que os funcionários reclamam muito do comportamento agressivo, da falta de limites e de educação das crianças, do privilégio que algumas têm dentro do abrigo, por tornarem-se protegidas por outros funcionários, como também, pela direção.

Grande número de funcionários reclama do salário e da falta de apoio da direção e da equipe técnica em relação à forma com que são tratados pelas crianças, e dizem ser desautorizados, dificultando a relação com elas.

A direção coloca a dificuldade financeira para manter o abrigo, o empenho em possibilitar cursos de capacitação para que os funcionários entendam melhor o comportamento das crianças, bem como o papel que eles desempenham como agentes sócio-facilitadores no processo adaptativo na instituição. A psicóloga falou a respeito de seu esforço para atender as necessidades das crianças, como também dos funcionários. Destaca que o dia da visita familiar é o mais crítico, apesar de haver uma rotina que compreende acompanhar, observar e orientar os familiares; muitos são agressivos, outros tumultuam a visita brigando inclusive com famílias de outras crianças, demonstrando revolta pela situação por que estão passando, confundindo a função do abrigo com o cumprimento das leis da Vara da Infância e Juventude. Em relação a sugestões feitas pelos funcionários para que o trabalho melhore, a grande maioria respondeu que gostaria que a direção desse mais apoio a eles, para que as crianças os respeitassem.

VI. II Relativos à Descrição das Intervenções Lúdicas

- Descrição da 1ª. Sessão Lúdica selecionada

Atividade semi-dirigida voltada para a representação plástica do corpo humano.

Data: 7/6/2005

Tempo total: 90 min

Justificativa:

Foi selecionada esta sessão por ser ela o primeiro contato com o grupo de crianças na intervenção lúdica, proporcionando condições de observá-las em interação social e representação corporal através do desenho. Criou-se uma situação lúdica, com uma atividade semi-dirigida, voltada para a representação corporal, com o objetivo de verificar possíveis dificuldades em relação a este esquema, como também a interação social entre as crianças, aspectos estes apontados nas queixas das cuidadoras do abrigo e professoras, como inadequados, tanto em relação ao desempenho escolar, como na inter-relação das crianças com os funcionários.

O material selecionado para esta sessão foi gráfico: papel, lápis preto e de cor, tesoura, cola, barbante, tintas, pincéis, lã e retalhos de tecido.

Estratégias utilizadas

1. Roda de conversa inicial - Rapport

tempo: 20 min

O grupo de crianças foi reunido, seguindo junto à pesquisadora para o espaço reservado dentro da instituição para o início da intervenção lúdico-plástica. Foi-lhes pedido para que formassem um círculo e sentassem. As crianças estavam muito agitadas, devido ao desconhecimento do que seria realizado e preferiram sentar no chão, conversando bastante. Segundo informações de Alexandre (2003), a criança abrigada, frente ao desconhecido, pode potencializar comportamentos ansiógenos; isto pode estar relacionado ao cotidiano do abrigo, devido ao seu funcionamento e às organizações rígidas, impedindo que a criança possa desenvolver flexibilidade e espontaneidade em seu dia-a-dia.

Foi solicitado que elas parassem de conversar para ouvir a explicação do que seria realizado, o que foi parcialmente atendido. Após a apresentação da pesquisadora, explicando em termos adequados à compreensão das crianças, que seriam realizadas oito sessões interventivas lúdicas, todas realizadas uma vez por semana (terça-feira), no mesmo horário (10h), com duração de 90 min (1:30h), sendo que cada atividade lúdica teria seu tempo dividido em três partes, a primeira chamada de Roda de Conversa Inicial.

Foi proposto que cada criança se apresentasse, falando seu nome, no sentido horário da roda. A próxima criança deveria falar o nome da anterior e posteriormente o seu e, desta forma, o jogo seria realizado até que a última criança se apresentasse. O grupo, como um

todo, demonstrou interesse em realizar a atividade, sendo observado, em algumas crianças, principalmente nas meninas, comportamento ansioso, demonstrado por agitação motora, comportamentos de roer unhas e grande expectativa.

Nos meninos, o comportamento principal foi de agitação corporal, balançando o pé, remexendo o corpo, dando risada junto com aplausos, quando um deles acertava a atividade, o que foi seguido posteriormente pelas meninas, chegando a apostar quem iria errar a seqüência de nomes, o que não aconteceu.

2. Atividade de Representação Plástica Corporal

tempo: 50 min

Na fase exploratória, diante da caixa com material gráfico, o grupo de crianças demonstrou agitação e impaciência para saber o que seria realizado. Foi pedido que se dividissem em dois grupos, o que foi prontamente atendido. Os meninos foram os primeiros a se organizar. Para maior compreensão, os participantes foram representados pelas letras E, F, G, e H. Formaram o grupo, demonstraram interesse em saber o que seria proposto. G mostrou ser paciente e mediador, conversando com os outros, apresentando tranquilidade, de modo geral e relacionou-se com todas as crianças. O grupo de meninas foi representado pelas letras A, B, C, e D. Foi possível observar que, de uma maneira geral, as crianças participaram, com exceção de A, que estava muito irritada, agressiva e não concordava em formar grupo com as meninas e nem com os meninos. Falava alto, reclamava dizendo que não participaria da atividade, isolando-se do resto do grupo. Segundo Bahls (2002), a criança com sintomas depressivos apresenta dificuldades em sociabilizar-se. O autor destaca que, geralmente, seu comportamento demonstra irritabilidade, agressividade e isolamento. As outras meninas não fizeram qualquer movimento para impedir que A saísse do grupo, mas, ao contrário, conversavam entre si, dizendo que A estragava tudo sempre e que não queriam mesmo que ela participasse.

Foi pedido que cada grupo fizesse um cartaz retratando o corpo humano. As crianças dirigiram-se à caixa, pegando o material e iniciando a atividade. Os meninos sentaram-se em um canto do pátio, conversando como seria realizada a atividade. H ficou apático, sendo que não falava com as outras crianças, apesar de observar tudo com grande interesse. E organizou a execução da atividade e tentou desenhar, fato que os outros não gostaram. Por fim, teve a idéia de F de se deitar sobre o papel e E contornou o corpo de F. G pegou a tesoura seguido de F e recortaram o desenho. Os outros dois, H e B apenas ficaram olhando e pegando os lápis

de cor pedidos por E. G começou a pintar a roupa do boneco, seguido por F e E, o que não aconteceu com H, que permaneceu em silêncio observando os outros meninos.

As meninas discutiram bastante para resolver o que fariam. Apesar de estarem sentadas do lado oposto dos meninos, olhavam o tempo inteiro para ver o que eles faziam, comentando como estava feio o boneco deles. A continuava sentada no chão, ora abaixava a cabeça, ora colocava a cabeça entre as pernas e provocava as outras meninas, dizendo que elas eram “burras”, “feias”, e que “não sabiam fazer nada”, o que gerava raiva por parte delas, havendo necessidade de intervenções para que as mesmas não se batessem. As meninas baseadas na idéia dos meninos, fizeram um contorno, seguindo a mesma seqüência dos meninos: colocaram B deitada sobre o papel, contornaram seu corpo e as três começaram a recortar, desenhar e pintar o desenho. Os meninos terminaram a atividade e foram provocar A, que começou a xingar e dizer que eles eram bobos e que bateria e estragaria a atividade deles. Frente às ameaças de A, os meninos recuaram para seu lugar, somente G tentou falar com ela sem êxito, voltando a sentar-se junto aos outros.

As meninas colocaram cabelos de lã no desenho, fizeram roupas de papel crepon e desenharam pulseiras e anéis nos braços da boneca. Quando estavam no final, A levantou-se rapidamente e tentou rasgar o cartaz delas, havendo necessidade de nova intervenção da pesquisadora, para que elas não se batessem. Vendo isto, os meninos começaram a rir, principalmente E e F, o que foi reprovado por A, dizendo que se eles não parassem de rir rasgaria seu boneco. Por fim, os dois grupos colocaram lado a lado os bonecos, conversando a respeito das diferenças entre eles, as meninas sempre dizendo que o cartaz dos meninos não era tão bonito quanto o delas, e os meninos dizendo que o cartaz deles estava muito mais bonito, só não tinha as “chatices” delas.

Avisadas do término desta etapa da atividade, foi pedido que todos sentassem em círculo novamente. G colocou os dois cartazes próximos e as crianças sentaram-se em volta, sem a presença de A no círculo, que ficou longe, olhando e reclamando que tudo era muito chato e que ela nunca mais brincaria com o grupo.

3. Roda de Conversa Final

tempo: 20 min

Perguntou-se às crianças o que acharam de participar da brincadeira e do desenhar. F respondeu que foi muito bom, que foi melhor do que fazer lições escolares. G disse ter gostado porque adora desenhar e pintar; E, mais tímido, falava muito baixo, demonstrava

estar envergonhado por ter de se manifestar, mas disse que a melhor parte foi quando ficou sobre o papel e os outros meninos o desenharam.

De acordo com Winnicott (1963), a criança, ao brincar, representa vários papéis, relaciona-se com o outro, podendo realizar trocas afetivas, o que pode estar ligado à sensação de estar sendo cuidado pelos outros meninos.

Em relação a H, este não deu sua opinião, permaneceu calado, olhando sempre para baixo e algumas vezes colocava o dedo na boca.

As meninas falavam todas juntas. Ao se acalmarem, B disse que queria o boneco para ela levar para a escola e mostrar à sua professora, o que foi motivo de discussão com as outras crianças; disse, então, ter gostado, e que iria fazer um boneco só dela. B foi mais decidida ao falar, dizendo que o boneco era de todas e que seria melhor deixá-lo no abrigo para que todos vissem o que tinham feito, o que foi aceito pelo grupo. Já C demonstrou ser mais reservada e submissa em toda a atividade fez o que B mandava, sem questioná-la. Reclamaram muito de A, pedindo para que não fizesse mais parte da atividade, o que foi ouvido por ela, que gritava não se importar porque “era tudo muito chato” e que ela “não queria mesmo brincar”.

Foi avisado que elas teriam cinco minutos para guardar o material, já que seria encerrada a atividade. Todas as crianças colocaram os materiais dentro da caixa. Por fim, foi dito para elas o quanto era importante cooperar com o outro, e que, apesar das diferenças dos “bonecos”, cada um tinha sua beleza e seu valor por ter sido produzido por eles. Foi ressaltada a importância de se respeitar as opiniões e idéias dos outros que participam do grupo e mesmo de aprender com o outro.

As crianças se despediram e saíram correndo da sala para mostrar os bonecos para os funcionários do abrigo. A última a sair foi A, sendo que, apesar de ter sido tentada uma aproximação com ela, a criança reclamou que não queria ficar mais ali e que tudo o que os outros fizeram “foi muito feio”, saindo sem se despedir.

- Descrição da 5ª Sessão Lúdica selecionada

Atividade livre voltada para criatividade

Data: 5/7/2005

Tempo total: 90 minutos

Justificativa:

Esta sessão foi selecionada por ser a primeira atividade livre proposta ao grupo, proporcionando condições de observar as crianças frente ao desconhecido, a criatividade, a sociabilização e execução da atividade escolhida pelo grupo.

Com base nos relatos de Winnicott (1993), o viver criativo constitui um estado saudável para o processo evolutivo infantil. De acordo com o autor, a criança que brinca apresenta maior capacidade para experienciar situações novas e adaptar-se ao meio em que está inserida, obtendo maior segurança e autonomia.

Os materiais relacionados para essa sessão foram: gráfico, plástico e cênico. Elaborados para proporcionar liberdade de escolha, exploração da criatividade, espontaneidade e cooperação entre os participantes do grupo.

Estratégias utilizadas

1. Roda de conversa inicial - Rapport

Tempo: 20 minutos

As crianças sentaram no chão em círculo demonstrando alegria, conversando e brincando umas com as outras. No transcorrer das intervenções lúdicas, os participantes têm adquirido maior confiabilidade entre si. É possível observar a formação de vínculos estabelecida entre eles, o que tem refletido em suas ações cotidianas. Segundo informações de cuidadoras do abrigo, as crianças estão mais calmas, conseguindo ouvi-las quando são solicitadas para alguma atividade. Winnicott (1993) recomenda que o local onde a criança está inserida deva ser preparado para atender as necessidades básicas para seu desenvolvimento, como ambiente seguro, acolhedor, proporcionando autonomia para a criança. Na instituição é importante destacar a função do cuidador, que deve assumir um papel relevante como figura alternativa ou substituta do vínculo familiar junto às crianças, o que geralmente não acontece devido ao desconhecimento por parte dos funcionários do abrigo.

Solicitou-se que as crianças prestassem atenção na atividade a ser desenvolvida, o que foi parcialmente atendido, principalmente por parte dos meninos, que estavam mais agitados. Interessante notar que as próprias crianças pediram para que eles ficassem quietos e ouvissem o que estava sendo explicado. Esse comportamento aponta para maior grau de maturidade, parecendo por meio das atividades lúdicas, as crianças estão internalizando limites, respeito

ao outro e compartilhando situações. Segundo Piaget (1971), o jogo de regras é uma forma de atividade construtiva da criança, na qual o grupo determina as regras para o funcionamento do jogo e estas são seguidas com base em acordos momentâneos, que permanecem como modelos de condutas e hábitos sociais.

Foi explicado que o material dentro das caixas poderia ser utilizado por eles para a atividade que eles próprios iriam escolher. No momento, as crianças ficaram espantadas, alguns demonstraram insegurança reclamando que “isso era muito ruim”, “que não conseguiriam fazer nada bom”, o que demonstra o medo de situações desconhecidas. Há necessidade de estimular a criatividade e a iniciativa da criança, para que ela possa se apropriar de suas habilidades e exercê-la em seu cotidiano.

2. Atividade propriamente dita

Tempo: 50 minutos

O primeiro momento foi vivido pelos participantes como uma fase exploratória, todos foram ver o que estava dentro das caixas.

As crianças conversaram para escolher o que seria feito, entre os temas propostos. Os que mais despertaram interesse foram: mímica e dramatização, tendo sido escolhida por meio de votação, a representação do conto “O Patinho Feio”. A escolha foi realizada e aceita por parte das crianças, o que demonstra aquisição de regras. Segundo Oliveira (2004), as regras, inseridas no contexto lúdico passam a ser vistas como uma maneira de desenvolver o jogo e de lidar com a melhor condução do trabalho em grupo. Situações com regras no contexto grupal servem para dar suporte ao bom relacionamento e à criatividade, estando distante de impedir que a criança fique inibida revelando-se um exercício de sociabilização, cooperação e respeito ao outro.

A reclamou dizendo: “eu não quero fazer nada, tudo isso é bobo e vocês não vão conseguir nada”. Conforme Ajuriaguerra (1976), sentimentos de tristeza, apatia, desânimo, irritabilidade, baixa energia vital estão relacionados com o transtorno depressivo. Ainda de acordo com o autor, esses sintomas inibem o desenvolvimento sócio – afetivo prejudicando o processo evolutivo infantil, o que é visto principalmente em relação ao desempenho escolar.

Os meninos pegaram as fantasias e deram muitas risadas, mas não conseguiram se organizar para iniciar a brincadeira. As meninas tomaram a iniciativa de organizar como a história seria feita. E demonstrou capacidade de liderar o grupo, organizou e distribuiu os papéis pedindo para o grupo escolher quem seria o Patinho Feio.

As crianças votaram em H para que ele interpretasse o personagem principal, o que foi aceito. Foi possível observar que a escolha da narrativa está relacionada com a vida das crianças. No transcorrer da representação evidenciaram-se sentimentos de: raiva, agressividade, abandono e rejeição, representado por frases como “você é muito feio” e “você não vai ganhar comida e vai morrer de fome”. Conforme Aberastury (1982), não basta a mãe alimentar fisicamente a criança, para que ela não sinta fome é preciso ser alimentada de afeto, processo que prepara o caminho para as relações futuras.

É possível observar em algumas crianças do grupo (A, B,E) o sentimento de ausência materna. A falta de um cuidador continente mobiliza: angústia insegurança e desejo de ter alguém com quem possa se vincular afetivamente.

Bowlby (1969) afirma que é essencial, que a criança tenha uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe, na qual ambas tenham satisfação e prazer. A criança abrigada apresenta privação de cuidados básicos e por isso há necessidade de serem proporcionadas novas possibilidades vinculares para que ela tenha qualidade de relações afetivas para um desenvolvimento saudável.

A atividade foi encerrada, sendo verificadas reações de prazer e de angústia, principalmente por A, D e F, é necessário ressaltar que as três crianças foram abrigadas devido a situações graves de negligência materna, o que foi trabalhado posteriormente no final da intervenção lúdica.

3. Roda de conversa final

tempo: 20 minutos

Perguntou-se às crianças o que acharam de escolher e realizar a atividade. O grupo respondeu que gostou principalmente das fantasias. C e H destacaram que a melhor parte foi o “Patinho Feio” ter ficado bonito e encontrado sua família. Esta situação confirma o desejo da criança ser vinculada a um cuidador, sentindo-se amparada.

Devido a observações de comportamentos ansiógenos em A, D e F, foi-lhes perguntado o que acharam da atividade. Os três participantes responderam junto, havendo necessidade de intervenção para contê-los. Disseram que a atividade “não tinha sido tão boa como as outras e que preferiam jogar”. Entre eles, A demonstrou maior irritação, querendo ir embora. Foram trabalhados os aspectos: raiva devido ao abandono, frustração por não conseguirem no momento o que desejam e como lidar com situações que surgem no cotidiano.

As crianças, de forma geral, responderam que desejam retornar às suas famílias de origem ou encontrar nova família. Esses dados confirmam a necessidade discutida por Bowlby (1982), Winnicott (1963) e Aberastury (1982) a respeito de cuidados individuais e vínculos afetivos essenciais na formação psíquica da criança.

Foi avisado que eles teriam cinco minutos para guardar todo material, já que seria encerrada a atividade. As crianças, com exceção de A, guardaram os materiais dentro das caixas. Foi encerrada a atividade na qual se destacaram a cooperação e o respeito entre os participantes do grupo, o que facilitou a execução da mesma.

As crianças se despediram. Algumas expressam necessidade de continuar próximo à pesquisadora, como é o caso de G, que gosta de saber se está fazendo tudo direito. O que é confirmado, como também pontuado que é muito importante ele tentar fazer, caso não consiga, ele tem condições de refazer, sem que isso mude o sentimento que a outra pessoa tem por ele. Ressalta-se que A, continua sendo a última participante a ir embora, mas evitando aproximar-se da pesquisadora. Parece que esse comportamento está voltado à dificuldade de vincular-se novamente, devido a situações vividas pela criança como se ela estivesse machucada para arriscar novos vínculos.

- Descrição da 8ª Sessão Lúdica selecionada

Atividade livre voltada para o encerramento das intervenções lúdicas.

Data: 9/8/2005

Tempo total: 105 minutos

Justificativa:

Esta sessão foi selecionada por ser o último contato com o grupo de crianças, retratando as condições observadas em interação social, criatividade, iniciativa, espontaneidade, com o objetivo de verificar possíveis modificações comportamentais, cognitivas e afetivas. Aspectos estes apontados nas queixas das professoras e das cuidadoras do abrigo, como inadequados, tanto em relação ao desempenho escolar, como na sociabilização das crianças com os funcionários.

O material selecionado para esta sessão foi: cartolina, papel, lápis e giz de cera, tesoura, cola, barbante, tintas, pincéis, lã, retalhos de tecido, bonecos de pano e fantasias.

Estratégias utilizadas

1. Roda de conversa inicial-Rapport

tempo: 20 minutos

O grupo de crianças já estava reunido e sentado em círculo no chão do pátio onde são realizadas as sessões lúdicas. Ressalta-se que a partir da sexta sessão, as crianças se encaminhavam sozinhas para o local esperando o início da atividade. Perguntou-se como eles passaram a semana. Em geral, contaram o que aconteceu na instituição, que foram a uma festa e divertiram-se bastante.

Foi lembrado às crianças que este seria o último encontro e que elas deveriam escolher o que seria feito nessa atividade. Pediram para continuar fazendo as atividades de todas as semanas, justificando ser muito bom esse encontro. Foi possível verificar que no decorrer das sessões, houve formação e ampliação de vinculação afetiva, o que tem refletido de forma positiva no entrosamento e execução das atividades no abrigo e na escola.

Destaca-se que B, C e F estavam ansiosos para iniciar a atividade, apostavam qual idéia seria escolhida pelo grupo, sugerindo mímica, dança ou jogo de queimada.

2. Atividade propriamente dita

tempo: 50 minutos

O grupo retirou os materiais das caixas e decidiu fazer um cartaz desenhado por todos. A idéia partiu de G, tendo sido aceita pelas outras crianças com exceção de A, que dizia não gostar de fazer desenhos e que não faria a atividade. Percebendo que o grupo começou a se organizar para fazer o cartaz, A aproximou-se, pegou uma folha e começou a desenhar sozinha. Posteriormente, foi desenhar no cartaz junto ao grupo, escolhendo a lateral do cartaz para fazer o desenho, fato este que gerou reclamações por parte das meninas, embora A não tenha dado importância e continuou desenhando.

As meninas fizeram colagens no cartaz e os meninos desenharam uma cidade.

É possível notar que as crianças progrediram desde o início das intervenções lúdicas; no momento, aceitam outras idéias sem brigar, apresentam consciência e disponibilidade para realizar as atividades com suas respectivas tarefas, demonstrando cooperação entre

si..Conforme Oliveira (2000,2003,2004) a atividade livre,proporciona observar se há independência e espontaneidade na maneira como a criança se organiza frente à realidade, quando não há alguém que lhe diga o que fazer, como e quando fazê-lo.

Colocaram o cartaz no chão, sentaram em volta e começaram a desenhar, não dando certo na primeira tentativa Os temas eram diferentes como também a organização do espaço. Pararam e conversaram novamente, ficando resolvido que fariam uma cidade com prédios, cada um morando em um apartamento, uma avenida com carros e no fundo árvores.

O transcorrer dessa atividade foi tranquilo, conversaram muito entre eles a respeito do desenho. Os meninos preferiram desenhar as ruas e os carros, as meninas os prédios e algumas pessoas nas janelas; também fizeram colagens no céu. Foi possível verificar que algumas crianças simbolizavam que moravam nos apartamentos com suas famílias. Em alguns momentos, discutiram sobre os desenhos, mas não se agrediram verbalmente e fisicamente, o que era comum nas primeiras intervenções, o que denota respeito.

A brincadeira evoluiu de uma sessão para outra, houve enriquecimento da capacidade de simbolizar das crianças, as atividades lúdicas ficaram mais complexas. De acordo com Oliveira (2003), o brincar proporciona à criança movimento, exploração, aumentando a auto-estima e maior capacidade para aprendizagem formal. De acordo com a autora, no brincar grupal a criança se descobre e descobre o outro, realiza trocas e experiencia atitudes cooperativas.

Interessante destacar que as crianças se desenharam dando as mãos. Como A permaneceu desenhando na lateral do cartaz sozinha, ela foi desenhada por C, o que motivou discussão. Algumas meninas (D e B) não aceitaram que ela fosse desenhada por não participar junto ao grupo na execução do cartaz. O próprio grupo decidiu parar a discussão e continuar o desenho.

Avisadas do término dessa etapa da atividade, as crianças guardaram o material e sentaram em círculo para o fechamento da atividade.

3. Roda de conversa final

tempo: 35 minutos

Perguntou-se às crianças o que acharam de realizarem o cartaz todos juntos. Foi respondido que gostaram e que dariam o cartaz para a presidente do abrigo por gostarem muito dela.

Falou-se à respeito, do início das sessões como eles se apresentaram, os motivos pelos quais foram realizadas as atividades, a importância do grupo, cooperação, companheirismo, limites, respeito e a escola.

As próprias crianças lembraram de como elas brigavam, se agrediam, desafiavam as cuidadoras, e como foi ruim o abrigo. Entre todas as falas das crianças, a que mais se destacou foi a vontade de voltar para casa, ou de ter uma nova família.

Trabalhou-se as expectativas das crianças como também foi enfatizada a importância de elas acreditarem e gostarem de si mesmas para viver melhor.

O atendimento foi encerrado com as crianças se despedindo, falando que sentiriam saudades e que gostariam de continuar os atendimentos.

Diante dos dados apresentados, no transcorrer das sessões descritas, foi possível verificar a importância desempenhada pelas intervenções lúdicas. As crianças que em geral apresentavam queixas de baixo rendimento escola sem que houvesse déficit intelectual, conseguiram melhorar seu desempenho cognitivo.

Por meio de brincadeira, de acordo com Oliveira (2003), as crianças desenvolvem: autonomia, criatividade, flexibilidade e iniciativa, atitudes que se refletem em seu desenvolvimento social e cognitivo. Simbolicamente, a criança reproduz em suas brincadeiras situações frustrantes, tendo a oportunidade de transformá-las internamente e tomar consciência dos conteúdos manifestos.

As intervenções foram elaboradas segundo as necessidades do grupo. Optou-se inicialmente por brincadeiras com jogos de regras, devido as dificuldades apresentadas pelo grupo em sua dinâmica social e escolar. A escolha pelos jogos de regras justifica-se pela possibilidade da criança se deparar com normas, limites, regras, espírito de competição e organização. A criança ao jogar mobiliza: prazer, atenção, concentração e raciocínio diante das dificuldades, como também aprende a controlar impulsos para poder atingir seu objetivo.

Durante as primeiras atividades, foi observada a flutuação de humor de algumas crianças e seu baixo desempenho no grupo. Somando os resultados obtidos na primeira avaliação com as observações e a dinâmica dessas crianças nas atividades lúdicas, foi possível confirmar a tendência ao transtorno depressivo. Frente a esses dados, optou-se por atividades lúdicas livres possibilitando que conteúdos latentes fossem manifestados e trabalhados ao nível de conscientização para que as crianças tivessem uma imagem positiva de si. Do aspecto afetivo-emocional, observou-se dificuldades do grupo em lidar com vivências de desamparo, rejeição, impotência e frustração, reagindo com comportamentos regredidos como agressividade, choro e sintomas psicossomáticos.

Porém, no transcorrer das atividades, conclui-se que o grupo em geral apresentou modificações comportamentais e sociais, as crianças passaram a ter auto-imagem positiva e estão mais confiantes para enfrentar o cotidiano.

Destaca-se que, apesar do trabalho lúdico ter atingido os objetivos propostos de melhorar o bem-estar das crianças, morar em abrigo é não ter conhecimento do projeto de suas vidas, o que geralmente mobiliza angústia. Isso deve ser compreendido pelas cuidadoras e pela equipe técnica para que seja realizados projetos detectando precocemente a depressão e possibilitando melhor adaptação ao abrigo.

VI. III Relativos ao perfil evolutivo

Levanta o perfil evolutivo de cada criança estudada quanto ao seu desenvolvimento intelectual, a depressão e a aprendizagem escolar, antes e depois da intervenção lúdica.

Caracterização do participante – A

| | |
|--|--------------------------------|
| Nome: A | Sexo: feminino |
| Data de Nascimento: 30/9/1997 | Idade: 7 anos e 9 meses |
| Escolaridade: 1ª. Série - Escola Pública | Mãe: falecida |
| Pai: técnico em manutenção, casado pela 2ª. vez | Irmãos: ----- |
| Tempo de Abrigamento: 2 anos e 1 mês | |

Conforme informações da instituição, a mãe de A faleceu de câncer, quando a filha tinha 3 anos. Quando fez 4 anos, o pai casou-se novamente não tendo filhos desta união. De acordo com o pai, esta relação foi muito tumultuada, com brigas e agressões físicas constantes. Em uma dessas brigas a esposa o denunciou por agredir fisicamente a criança todas as vezes que chegava bêbado em casa, o que, segundo ele, é mentira. O pai visitou várias vezes a filha no abrigo, dizia querer se organizar para ter a menina em sua casa, que morariam somente os dois. Por fim, o pai desapareceu, nunca mais visitou a criança. Procurado pela equipe técnica da instituição, deu várias desculpas, afirmando que voltaria a visitá-la, mas isto não aconteceu, o que ocasionou a perda do poder familiar.

A é uma criança muito ansiosa, agitada, sem limites, tem comportamentos agressivos para com as cuidadoras e para com as outras crianças do abrigo. Quando se depara com limites e regras, chora, grita, atira-se no chão, chutando quem tenta dela se aproximar. Já fez exame neurológico, que não indicou qualquer alteração em seu funcionamento cerebral.

Em relação à escola, tem dificuldades em Português e Matemática, não faz lições, fala muito em sala de aula, sua atenção é seletiva, provoca as outras crianças e fica passeando pela classe, atrapalhando a professora.

1ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|---|
| RAVEN | Intelectualmente Médio |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório. Apresentou desempenho inadequado na prova de seriação |
| C.D.I. | 29 pontos, indicativo de transtorno depressivo |

- Intervenções lúdicas

A princípio, A não aceitou sua inclusão no grupo, disse não gostar das outras meninas. Nenhuma das propostas dadas pelas outras crianças, foi aceita por ela, que sempre tentava destruir a brincadeira. Quando as outras crianças reclamavam e brigavam com A, ela fingia não ligar e, posteriormente, queria mandar no grupo todo, o que não era acatado. As primeiras atividades tiveram momentos tumultuados por ela discutir e tentar bater principalmente nas meninas. Como o grupo se uniu, A isolou-se e começou a provocar e a xingar as crianças, havendo necessidade de intervenção para que as crianças não batessem nela. A partir da 3ª atividade, mostrou-se mais disponível para juntar-se às outras crianças, principalmente nas brincadeiras com jogos de regras. Seu comportamento alterava-se entre agressividade e momentos de cooperação com o grupo.

Em relação às atividades livres, ora brincou sozinha com material gráfico, ora de bonecas com as outras meninas. Foi possível observar que A, em suas brincadeiras, possui pouca capacidade de simbolização, seus desenhos são empobrecidos, sem cor e sem criatividade. Quando brincou com bonecas, sua brincadeira era em torno de uma família

muito má, que bate muito na filhinha e coloca sua cabeça no vaso sanitário, de castigo, porque fez bagunça.

Nas últimas atividades, demonstrava gostar de participar do grupo, brincava de maneira menos agressiva, apesar de aparecerem conteúdos muito penosos e angustiantes, o que a deixava muito tensa. Winnicott (1987) indica que crianças que passaram por situações de vitimização e desamparo podem apresentar dificuldades em relação a seus aspectos bio-psico-sociais. O brincar é uma oportunidade da criança elaborar estas vivências tornando-a mais criativa, evoluindo para um estado saudável. A criança que não constitui um estado saudável apresenta grande tendência para uma base doentia de vida.

2ª. Avaliação

| | |
|--------------------------------|--|
| RAVEN | Intelectualmente Médio |
| PROVAS OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório. Apresentou desempenho inadequado na prova de seriação. |
| C.D.I. | 21 pontos, indicativo transtorno depressivo |

A coordenadora do abrigo relatou que o desempenho escolar de A ainda é deficitário, principalmente em Matemática. Seu comportamento continua disperso e com dificuldades em aceitar regras, mas houve diminuição da agressividade, já brinca com as outras crianças da escola e aceita fazer lições, tanto na escola, como no abrigo. Segundo Winnicott (1987), a criança necessita sentir-se amparada pelo grupo em que está inserida. Um ambiente facilitador promove segurança à criança, possibilitando-lhe ser mais confiante e promovendo sua autonomia.

É necessário que A seja encaminhada para atendimento psicoterápico individual, como também seja realizado diagnóstico diferencial para verificação do possível quadro de depressão mascarada.

- Dados conclusivos

De acordo com o resultado da primeira avaliação em relação ao Raven, a criança encontra-se na faixa Intelectualmente Médio. O mesmo resultado foi obtido na segunda avaliação. Nas Provas Operatórias Piagetianas, A manteve o mesmo resultado nas duas

avaliações. A referida criança encontra-se no Período Intuitivo Pré-Operatório. Já em relação ao C.D.I., A apresentou na primeira avaliação pontuação (29 pontos) indicativa de transtorno depressivo, na segunda avaliação a criança continua apresentando pontuação (21 pontos) indicativa de transtorno depressivo, apesar ter havido diminuição de oito pontos entre as avaliações. Destaca-se que A, entre todos os participantes, obteve a maior pontuação quanto a possível quadro depressivo. Este apresenta características de “depressão mascarada”. Segundo Lippi (1985), este tipo de depressão apresenta-se com ausência de humor depressivo, mas com comportamentos expressos por condutas anti-sociais, ansiedade e problemas escolares.

De acordo com dados obtidos com a coordenadora da instituição, em relação a sociabilização, A está relacionando-se melhor com as outras crianças, tendo diminuído parte de seu comportamento agressivo. Já em relação à escola, faz as lições, demonstrando contentamento quando consegue aceitar o que é pedido.

Caracterização do participante – B

| | |
|---|---|
| Nome: B | Sexo: feminino |
| Data de Nascimento: 16/7/1997 | Idade: 8 anos e 11 meses |
| Escolaridade: 1ª. Série - Escola Pública | Mãe: autônoma, 31 anos |
| Pai: desconhecido | Irmãos: 3 (todos do sexo feminino, com idade de 3, 5 e 7 anos) |
| Tempo de Abrigamento: 1 ano | |

Segundo dados obtidos pela instituição, B foi abrigada devido a denúncias de maus-tratos e negligência familiar. As crianças passavam o dia nas ruas do centro da cidade pedindo dinheiro e, apesar de estarem matriculadas na escola, não freqüentavam as aulas. A mãe é “garota de programa” e, de acordo com ela, intitula-se como trabalhadora autônoma. Cada criança possui um pai diferente e os mesmos não mantêm nenhum tipo de contato com as filhas.

As crianças chegaram ao abrigo muito assustadas, com fome, roupas e aparência suja, choravam bastante e pediam pela mãe. Nos primeiros dias após o abrigamento, B demonstrou muita irritação, não falava com os cuidadores, demonstrando muita tristeza. Com o passar deste primeiro momento, B tornou-se carinhosa, educada, acata regras, procura estar sempre

próxima de suas irmãs e alterna momentos de alegria e profunda tristeza. É uma criança ansiosa, roí unhas, chupa o dedo, seu sono é agitado e possui enurese noturna, situação que a deixa envergonhada e insegura.

Em relação à escola, seu comportamento é de cooperação com a professora e colegas de classe, demonstrando momentos de apatia e imaturidade em relação aos colegas de classe, Apresenta dificuldades em Português (escrita, interpretação de texto, leitura) e Matemática (quantidade numérica e contas); faz as lições pedidas pela professora, mas não consegue acompanhar satisfatoriamente as colegas de classe em relação ao desempenho escolar. A criança faz aulas de reforço no abrigo, mas continua apresentando as mesmas dificuldades descritas acima.

A mãe visita os filhos semanalmente no abrigo, situação que mobiliza muita ansiedade nas meninas. B verbaliza que a mãe tem de trabalhar muito para sustentá-las e, por isso, não fica em casa cuidando delas. Acredita em que estão no abrigo por culpa de alguém, que não gosta de sua mãe. Quando a mãe vai embora, chora muito, recusa-se a comer, apresenta sintomas psicossomáticos como dores de barriga e de cabeça, e não gosta de conversar com ninguém. Esta situação vai de encontro aos achados de Ajuriaguerra (1976) em suas pesquisas, nas quais conclui que crianças que estão passando por situação de luto devido a perdas apresentam sintomas psicossomáticos, como forma de manifestar suas angústias.

Nos momentos em que está triste, culpa-se pelo abrigo, dizendo que ela deveria ter cuidado das irmãs para ajudar sua mãe, e que é uma menina muito má.

1ª.Avaliação

| | |
|--------------------------------|--|
| RAVEN | Intelectualmente Médio |
| PROVAS OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Operatório Concreto |
| C.D.I. | 19 pontos indicativo transtorno depressivo |

- Intervenções Lúdicas

A referida criança demonstra disponibilidade e interesse para participar das atividades lúdicas. Participativa, comunica-se bastante na roda de conversa inicial, contando suas atividades praticadas durante a semana, busca estar próxima do grupo de meninas e apresenta postura de mediação, quando há discussão entre elas. Em relação às intervenções lúdicas, acata o que o grupo resolve, mas gosta de brincar com bonecas de pano, simbolizando sua

história de vida. Ora é a mãe cuidadora, ora é a mãe ruim que bate muito nas filhas e as coloca de castigo, sempre muito severo, como ficar sem sair do lugar e sem comer. Também demonstra, durante as dramatizações, muita agressividade ao conversar com seus filhos, xinga-os e os culpa por situações em que a mãe sente-se prejudicada. Winnicott (1987) escreve a respeito da importância da mãe suficientemente boa, que possibilita à criança conquistar autonomia e segurança. Crianças abrigadas apresentam privação em relação à maternagem, o que provavelmente gera sentimentos extremados entre o amor e o ódio. É brincando que a criança tem a possibilidade de diminuir estes sentimentos.

Alterna seu humor entre alegria e tristeza dependendo do conteúdo que surge durante as intervenções lúdicas, situação que B discute na roda de conversa final com as outras crianças, possibilitando diminuição de suas angústias. De acordo com Oliveira (2004), o lúdico prioriza o prazer sobre a tensão, situação que possibilita à criança elaborar suas dificuldades e sentir-se segura para buscar novas maneiras de lidar com situações conflituosas.

2ª. Avaliação

| | |
|--------------------------------|--|
| RAVEN | Intelectualmente Médio |
| PROVAS OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Operatório Concreto. |
| C.D.I. | 13 pontos, não apresenta transtorno depressivo |

De acordo com a coordenadora do abrigo, B está mais segura e confiante, suas alterações de humor estão menos frequentes. Apresenta bom contato, demonstrando vínculo afetivo com as crianças que participaram da pesquisa. Em relação a sua rotina diária no abrigo, B continua com seu comportamento carinhoso para com suas irmãs e cuidadoras, seus sintomas psicossomáticos continuam, principalmente no dia de visita familiar, só que de forma menos intensa, e houve diminuição significativa da enurese. Em relação à escola, B está conseguindo melhorar seu desempenho, mas ainda tem dificuldades para acompanhar as outras crianças e continua fazendo aulas de reforço escolar.

- Dados Conclusivos

De acordo com as avaliações referentes ao teste Raven (Intelectualmente Médio), a criança manteve o mesmo resultado. Nas Provas Operatórias Piagetianas, B está no Período Operatório Concreto, nas duas avaliações. Em relação ao C.D.I. , a referida criança obteve, na primeira avaliação (19 pontos), pontuação indicativa de transtorno depressivo, na segunda avaliação (13 pontos), pontuação que indica não haver sintomas depressivos. De acordo com a coordenadora pedagógica, a criança após participar das intervenções lúdicas grupais aumentou sua segurança e auto-estima, o que tem refletido em sua aprendizagem. Com base na literatura sobre o brincar, é possível verificar que o lúdico propicia o desenvolvimento da autonomia da criança como também estimula sua cognição. Ao brincar, a criança busca soluções para os problemas que surgem, despertando sua atenção e flexibilidade, afirma Oliveira (2002 e 2004).

Caracterização do participante – C

| | |
|---|-----------------------------------|
| Nome: C | Sexo: feminino |
| Data de Nascimento: 12/10/1997 | Idade: 7 anos e 8 meses |
| Escolaridade: 1ª. Série – Escola Pública | Mãe: desempregada, 34 anos |
| Pai: falecido | Irmãos: 5 |
| Tempo de Abrigamento: 2 anos e 2 meses | |

A criança e os irmãos (10, 9, 7, 5 e 3 anos) foram abrigados devido a situações de maus-tratos. Estavam desnutridos, com roupas rasgadas, sujos e os cabelos com piolhos. De acordo com os dados da instituição, foram esgotadas todas as possibilidades com a genitora, sendo que a mãe, por decisão judicial, perdeu o poder familiar de seus filhos. Está desempregada, é usuária de drogas e comete alguns delitos para conseguir dinheiro. Passa vários dias na rua, sem voltar para casa, situação que motivou os vizinhos a fazer denúncias ao Conselho Tutelar. O pai faleceu havia 2 anos, também era usuário de drogas e morreu de “overdose”.

A referida criança apresenta comportamento que oscila entre apatia e agressividade, demonstra medo e desconfiança em relação às cuidadoras, não aceita regras e limites e tem dificuldades em relacionar-se com as outras crianças. Procura ficar junto aos irmãos, verbaliza que vai conseguir ir embora da instituição para procurar sua mãe, diz sentir muita raiva e que irá bater nela, como também estragar tudo o que a mãe tiver em sua casa. Observando a fala

da criança é possível ver o comportamento anti-social descrito por Winnicott (1987). De acordo com o autor, este comportamento é uma maneira de a criança pedir auxílio. É ainda considerado como esperança para que o cuidador o veja em seu sofrimento, possibilitando-lhe sair desta situação, para que não evolua para a delinquência.

Em relação à escola, C apresenta dificuldades para aprendizagem formal, não consegue escrever e ler adequadamente para a sua faixa etária. Em sala de aula, seu comportamento é de desatenção, conversa muito, não faz lições, não aceita limites colocados pela professora e tem atitudes provocativas, como rasgar os cadernos das crianças de sua classe. Tem sintomas psicossomáticos como; dores de barriga, tontura e dor de cabeça, e, de acordo com as cuidadoras do abrigo, no dia da visita dos familiares fica muito agressiva, pois nunca recebeu qualquer visita. A criança provavelmente nesses dias revive seu abandono, concretiza sua solidão e sua maneira de exteriorizar por meio de comportamentos agressivos e sintomas psicossomáticos. Soifer (1992) destaca que crianças agressivas com condutas psicopáticas são provavelmente frutos de famílias desestruturadas. Esta situação pode promover angústias depressivas e confusionais como defesas para lidar com a inexistência de vínculos afetivos e sentimentos de inferioridade.

1ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|--|
| RAVEN | Intelectualmente superior |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Operatório Concreto |
| C.D.I. | 21 pontos: indicativo de transtorno depressivo |

- Intervenções Lúdicas

Na primeira atividade, C demonstrou desconfiança, irritação, provocando as outras crianças. Posteriormente, percebeu que o grupo de meninos brincava, aproximou-se deles, alternando seu comportamento: ora cooperava com eles, ora os agredia. Nas atividades com regras, demonstrou dificuldades para aceitá-las. Também foi rejeitada pelo grupo todo, ficando muitas vezes isolada. A partir da quarta atividade, demonstrou maior disponibilidade, brincando com as meninas, gerando situações conflituosas especificamente com outra menina, que também apresenta dificuldades em lidar com regras. Nas atividades livres, apresentou capacidade de simbolizar empobrecida. Seus desenhos demonstram agressividade

relacionados a temas de matar e roubar. Segundo Winnicott (1987), este comportamento pode estar relacionado a um estado interno de angústia, podendo tornar-se um comportamento anti-social, caso não seja cuidada por alguém, que possibilite estruturar-se de maneira positiva.

Nas últimas atividades demonstrou vontade de brincar e de falar na roda de conversa final, principalmente sobre sua família. Ora buscou construir uma história para justificar o porque ainda está no abrigo. Geralmente, em sua narrativa, o culpado é o juiz, definindo ser ele uma pessoa muito má. Este funcionamento psíquico é típico de mecanismos defensivos para poder suportar a dor, no caso, o abandono materno.

2ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|---|
| RAVEN | Intelectualmente superior |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Operatório Concreto |
| C.D.I. | 15 pontos: não apresenta transtorno depressivo, apesar de estar muito próximo a faixa de corte (16 pontos). |

De acordo com a coordenadora do abrigo, C é uma criança difícil de lidar. Seu comportamento tem apresentado melhora, mas apresenta flutuação de humor sempre que se depara com situações frustrantes. Na escola, seu comportamento igualmente apresentou melhora, mas ainda se recusa a fazer as lições na classe.

- Dados Conclusivos

Nas avaliações feitas através do teste Raven, a criança apresenta o mesmo resultado (Intelectualmente Médio), nas Provas Operatórias Piagetianas, a criança está no Período Operatório Concreto, resultado confirmado na reavaliação, o que demonstra pensamento reversível. No C.D.I., a criança obteve na primeira avaliação (21 pontos), pontuação indicativa de transtorno depressivo, na segunda avaliação, o resultado obtido (15 pontos) demonstra que não há indicação de sintomatologia depressiva. Parece que a criança reagiu de forma positiva às intervenções lúdicas.

De acordo com as cuidadoras do abrigo, a criança apresentou pequena melhora após as intervenções lúdicas, ocorrendo o mesmo em relação à sua sociabilização na escola. As cuidadoras afirmam que C é uma criança muito difícil de se relacionar. Elas nunca sabem

avaliar como seu humor estará no dia. Normalmente percebem que é complicado cuidar dela, à devido sua dificuldade em lidar com regras e limites.

Vale lembrar que, de acordo com a literatura referente a crianças abrigadas, existe a “profecia que diz que a criança é o que a instituição a rotula”. Durante o período de exercício da função de psicóloga institucional (8 anos) e a realização desta pesquisa, foi possível verificar que realmente a criança acredita e concretiza o que se espera dela, situação que a impossibilita desenvolver potencialidades e criatividade em seu processo evolutivo.

Caracterização do participante – D

| | |
|---|--------------------------------|
| Nome: D | Sexo: feminino |
| Data de Nascimento: 25/9/1998 | Idade: 7 anos e 9 meses |
| Escolaridade: | Mãe: 25 anos |
| Pai: desconhecido | Irmãos: 6 |
| Tempo de Abrigamento: 1 ano e 10 meses | |

Segundo os dados da instituição, a criança foi abrigada devido a maus-tratos e abandono. A mãe tem seis filhos, todos com pais diferentes, e cada criança está abrigada em uma instituição, inclusive no interior de São Paulo. Cabe ressaltar que os irmãos não se conhecem e um deles foi adotado. A mãe trabalha como “garota de programa” na zona portuária, nunca visitou a filha no abrigo, perdendo o poder familiar devido a seu descaso pela criança. Atualmente está grávida de novo.

A criança apresenta dificuldade na aprendizagem escolar relativa às matérias de Português (leitura, escrita) e Matemática (não relaciona a quantidade e números). Seu comportamento na classe oscila da apatia para a agressividade. Demonstra dificuldades em lidar com regras e limites, chora muito quando não consegue fazer as lições pedidas pela professora. Sua atenção é dispersa, comunica-se bem com colegas de classe, mas, sem motivo aparente, isola-se, não querendo ficar próximo de ninguém. Está freqüentando as aulas de reforço escolar, mas continua com muitas dificuldades para acompanhar as crianças de sua classe.

No abrigo é comunicativa, porém chora muito, demonstra comportamentos de grande ansiedade frente a situações de avaliação. Sua auto-estima é baixa, quando não consegue fazer algo chora bastante, tem dificuldades em lidar com frustrações. É uma criança que busca

atenção, procura agradar as monitoras, demonstra carinho em suas atitudes, principalmente com crianças menores. Gosta de participar de atividades como coral, sapateado e jogos. Quando está triste, diz sentir muitas saudades de sua mãe e não compreende porque ela não a visita no abrigo. Acredita em que, um dia, a mãe irá buscá-la para voltarem a morar juntas. Fala muito que não gostava de ficar sozinha quando sua mãe saía para trabalhar à noite.

1ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|---|
| RAVEN | Intelectualmente médio |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório. Apresentou desempenho inadequado nas Provas de Conservação e Seriação |
| C.D.I. | 12 pontos: não apresenta transtorno depressivo |

- Intervenções lúdicas

A referida criança demonstra muita vontade de participar do grupo de atividades lúdicas, comunica-se bem, é participativa, coopera com as outras crianças. Nas atividades semi-dirigidas, apresenta dificuldades para compreender regras; nas atividades livres, tem melhor desempenho (boa simbolização), gosta de inventar e interpretar histórias. Os temas escolhidos de modo geral estão ligados a bruxas ruins que não gostam de crianças, prendendo-as para ficarem longe de suas mães. Seus desenhos denotam ansiedade, gosta de usar muitas cores, mas dá preferência a tons escuros e traçados muito fortes.

Em situações de discussões do grupo, coloca-se bem, mas irrita-se e isola-se quando o grupo não faz o que deseja. Nesses momentos fica provocando as outras crianças, mas logo retorna ao grupo para brincar.

Nas rodas de conversa final, gosta de falar principalmente do cotidiano da escola e algumas vezes perguntou porque algumas crianças vão embora do abrigo e quando ela também irá. Diz gostar de algumas monitoras e quer morar na casa de uma delas, mas que sempre irá visitar as crianças no abrigo, porque não receber visitas é muito ruim.

Durante as oito atividades lúdicas, D apresentou comportamentos e atitudes dentro do esperado para sua faixa etária; em seus desenhos e dramatizações mostra sua vivência de

sofrimento e abandono, mas busca utilizar-se de recursos dentro do possível para lidar com estas situações.

2ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|---|
| RAVEN | Intelectualmente médio |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório. Apresentou desempenho inadequado nas Provas de Seriação |
| C.D.I. | 5 pontos, não apresenta transtorno depressivo |

Segundo a coordenadora do abrigo, houve melhora no desempenho escolar da criança, consegue compreender melhor a relação de números e quantidades, mas ainda tem dificuldades na aprendizagem. A referida criança demonstra estar mais segura para tomar atitudes, busca auxílio para realizar suas tarefas e diminuiu a frequência de choro frente a situações de avaliações e frustrações. A coordenadora coloca que D tem procurado realizar atividades em conjunto com as crianças que participaram da pesquisa, sentindo-se mais amparada e segura. Por vezes, conversa a respeito de sua mãe e sente-se triste, procurando falar com as monitoras ou com outras meninas do abrigo, ao invés de ficar isolada como fazia anteriormente.

Autores como Bowlby (1976), Winnicott (1983) e Oliveira (2003) enfatizam a importância da criança interagir com o grupo. O grupo ampara e dá continência à criança para que ela divida suas dificuldades e descobertas: é o exercício da sociabilização.

- Dados Conclusivos

Conforme dados conclusivos obtidos nas duas avaliações realizadas, em relação ao Raven, a criança manteve o mesmo o resultado Intelectualmente Médio. Nas Provas Operatórias Piagetianas, está no Período Intuitivo Pré-Operatório, resultado obtido nas duas avaliações. Em relação ao C.D.I., na primeira avaliação obteve (12 pontos), pontuação que indica não haver transtorno depressivo; na segunda avaliação, sua pontuação (5 pontos), confirma o resultado anterior. Este resultado mostra que a criança apresentou maior auto-

estima e confiança em si, o que pode estar relacionado com as intervenções lúdicas grupais. A intervenção grupal possibilita maior sociabilização e vinculação afetiva.

Segundo dados dos cuidadores do abrigo, a criança é muito afetiva e após as intervenções lúdicas tornou-se mais segura e confiante, melhorando seu desempenho escolar.

Caracterização do participante - E

| | |
|---|---|
| Nome: E | Sexo: masculino |
| Data de Nascimento: 19/1/1998 | Idade: 7 anos e 9 meses |
| Escolaridade: 1ª. Série - Escola Pública | Mãe: 32 anos, vendedora autônoma |
| Pai: desconhecido | Irmãos: 2 |
| Tempo de Abrigamento: 1 ano e 2 meses | |

A criança no presente momento está com 7 anos e 9 meses de idade, cursando a primeira série escolar. O abrigamento ocorreu há 1 ano e 2 meses devido a denúncias ao Conselho Tutelar por maus-tratos físico e psicológico.

É importante considerar que E já havia sido abrigado por alguns meses em outra instituição, quando tinha em torno de 5 anos de idade. Sua mãe é usuária de drogas. Segundo dados obtidos no abrigo em que as crianças se encontram, a mãe já fez tratamento medicamentoso e psicoterápico parando de utilizar drogas por alguns meses, retornando, e não aceitando mais se tratar. Ficava ausente de casa por vários dias, período em que as crianças ficavam sozinhas, passando fome e não frequentando a escola. A partir da denúncia, E e os irmãos foram novamente abrigados. Nesse período, uma família substituta interessou-se por eles, obtendo a guarda provisória. Passado alguns meses, houve denúncias devido às crianças estarem sendo agredidas por esta família, o que as levou novamente ao reabrigamento, mas, desta vez, em outra instituição.

E tem duas irmãs, uma de 3 anos e outra de 2 anos que estão sob guarda de família substituta com vistas à adoção.

Em relação a E, ele apresenta comportamentos extremados de grande agitação e ansiedade que vão à apatia, e choro constante, principalmente quando se sente frustrado. Tem dificuldades para vincular-se a funcionários e voluntários do abrigo, preferindo ficar a maior parte do tempo longe de adultos. Situação diferente ocorre em relação às outras crianças do

abrigo, pois E busca estar sempre próximo delas, mas tem dificuldades em relacionar-se em grupo.

De acordo com os cuidadores do abrigo, alimenta-se bem, tem sono agitado, enurese e comportamento muito dependente, chamando a todo instante os cuidadores. Até o presente momento não se vinculou a ninguém e fala que tem saudades da mãe, perguntando porque ela não vem nos dias de visita, situação que o deixa muito chateado e com manifestações somáticas como febre, dor de barriga e enurese.

Em relação à escola, diz gostar de freqüentá-la, mas não consegue acompanhar os colegas de classe nas lições. Segundo a professora, E apresenta dificuldades em Português e Matemática, como também em entender o que é pedido para ser feito nas lições. Seu comportamento é tranqüilo, aceita o que a professora diz e, quando não consegue fazer o que é pedido, chora bastante e se isola do grupo.

1ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|---|
| RAVEN | Intelectualmente Médio |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório. Apresentou desempenho inadequado nas Provas de Conservação e Seriação |
| C.D.I. | 21 pontos, indicativo de transtorno depressivo |

- Intervenções lúdicas

Nas intervenções com estratégias lúdicas, demonstrou, no primeiro momento, grande retraimento frente ao grupo; no segundo momento, tornou-se cooperativo apresentando contentamento em participar das atividades.

E tem mais interesse em atividades com regras, apesar de em algumas situações não aceitar o que é resolvido pelo grupo, isolando-se. Em atividades que exigem iniciativa própria, E demonstrou desconforto, tentando convencer as outras crianças de que era chata a brincadeira; por algumas vezes chorou e, como não conseguiu mobilizar o grupo, retornou à brincadeira.

No transcorrer das atividades, gostou de improvisar brincadeiras com bonecos de pano, inventando histórias, demonstrando raiva e agressividade nas situações em que os

bonecos pequenos eram maltratados. E escolhe sempre ser o super-herói que salva os bons e prende os bonecos ruins. Em relação ao personagem escolhido, em algumas ocasiões o disputou com outras crianças. Quando não conseguia representar o personagem principal, chorava. Posteriormente, aceitou que as outras crianças também fossem os super-heróis, comportamento que denota maior flexibilidade e sociabilização, demonstrando estar mais adaptado ao ambiente.

2ª Avaliação

| | |
|----------------------------|--|
| RAVEN | Intelectualmente Médio |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Período Operatório Concreto |
| C.D.I. | 14 pontos, não apresenta transtorno depressivo |

Conforme a coordenadora do abrigo, a criança está mais sociável, gosta de brincar, de passear e não requisita mais a todo instante as cuidadoras do abrigo. Apesar de aceitar fazer as lições, ainda tem dificuldades para ler e escrever, motivo pelo qual está em reforço escolar. Destaca que a criança fica triste no dia da visitação e pergunta porque a sua mãe não vem buscá-lo, diz ter saudades dela.

- Dados Conclusivos

De acordo com ambas as avaliações realizadas pelo teste Raven, a referida criança apresentou o resultado Intelectualmente Médio. Nas Provas Operatórias Piagetianas, E está no Período Intuitivo Pré-Operatório na primeira avaliação e, no Período Operatório Concreto na segunda avaliação. Tendo havido modificação em relação à compreensão e aquisição do conhecimento, o que vem de encontro com Piaget (1971), Winnicott (1975) e Oliveira (2004), porque o lúdico proporciona que a criança descubra novas formas de enfrentar desafios e de buscar soluções para atingir os objetivos propostos pelo brincar, principalmente nos jogos de regras. Os autores também destacam a importância do meio ambiente saudável e acolhedor para que a criança se adapte e se desenvolva .

Em relação ao C.D.I., a referida criança obteve (21 pontos) pontuação indicativa ao transtorno depressivo na primeira avaliação; na segunda avaliação (14 pontos), houve diminuição da pontuação, indicando que o participante não apresenta transtorno depressivo, o

que demonstra reação positiva frente às intervenções lúdicas. Outra hipótese é a de que a criança, ao trabalhar em grupo, sociabiliza-se e tem a possibilidade de vincular-se afetivamente com os outros participantes, sentindo-se acolhido e amparado.

Em relação à sua sociabilização, as cuidadoras do abrigo afirmam que E relaciona-se adequadamente com elas e com as outras crianças, é afetiva e está mais seguro, mas demonstra sentir falta de sua mãe, principalmente nos dias de visita, o que o deixa triste, embora lide de forma diferente, principalmente através de desenhos. Continua apresentando dificuldades escolares, apesar de ter melhorado, ainda não o suficiente para acompanhar a classe.

Caracterização do participante - F

| | |
|---|--|
| Nome: F | Sexo: masculino |
| Data de Nascimento: 8/10/1997 | Idade: 8 anos e 8 meses |
| Escolaridade: 1ª. Série - Escola Pública | Mãe: 35 anos, faxineira |
| Pai: falecido | Irmãos: 3 (todas do sexo feminino, com idade de 2, 5 e 9 anos). |
| Tempo de Abrigamento: 3 anos | |

Segundo dados obtidos pela instituição, as quatro crianças foram abrigadas devido a denúncias de maus-tratos ao Conselho Tutelar, feitas pelos vizinhos, que relataram que as crianças estavam passando fome, não freqüentavam escola e viviam nas ruas. A mãe é portadora do vírus H.I.V., tem tuberculose, é viciada em drogas e se recusa a fazer tratamento. Seu marido faleceu, também era portador do vírus H.I.V. e usuário de drogas.

As crianças chegaram à instituição, segundo informações da coordenadora, maltratadas, com fome, sujas e roupas rasgadas, demonstravam tristeza por terem sido separadas da mãe.

Com o abrigamento, a mãe chegou a visitá-los três vezes. De acordo com o abrigo, foi orientada a buscar tratamento médico e psicológico, recebendo apoio da instituição (cesta básica, visitas domiciliares, orientações para recuperar os filhos). Por um tempo, a mãe fez tratamento recuperando a saúde, e a partir disso não visitou mais seus filhos. Voltou a usar e traficar drogas, situação que a levou a ser presa. Atualmente, as crianças estão para adoção, e há interesse de três famílias diferentes pelas meninas. Segundo o abrigo, as famílias se

comprometem a manter vínculos para que as irmãs permaneçam juntas. Em relação ao menino, até o presente momento não há família interessada em sua adoção.

Em relação a F, este apresenta alguns comportamentos anti-sociais tanto na escola como no abrigo, o que, de acordo com Winnicott (1987), é uma maneira de a criança demonstrar seu sofrimento. O autor chama a situação de abandono, de privação, o que, ao longo do desenvolvimento infantil, caso não haja nova vinculação afetiva, poderá desencadear a tendência anti-social. Tem dificuldades em lidar com regras; em situações de frustração, demonstra agressividade, irritação, fala mentiras e pega objetos de outras crianças, recusando-se a ouvir e a falar com as monitoras; chora muito e busca ficar isolado. Quando não é contrariado, apresenta bom humor, é cooperativo, busca conversar com as monitoras ou voluntários, contando histórias que ele viu em filmes ou de situações ocorridas na escola. Na escola é disperso, não consegue acompanhar a classe, tem dificuldades em relação à Matemática e Português, principalmente em leitura. Sua convivência com os colegas de sala de aula acompanha a mesma dinâmica descrita acima. Como tem dificuldades para fazer as atividades propostas pela professora, desiste logo, e fica perturbando as outras crianças da classe.

1ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|--|
| RAVEN | Intelectualmente Médio |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório. Apresentou desempenho inadequado na Prova de Conservação |
| C.D.I. | 11 pontos, não apresenta transtorno depressivo |

- Intervenções lúdicas

Em relação às atividades lúdicas, demonstra interesse, é participativo, gosta de formar grupo somente com os meninos, incentivando sua equipe conseguir atingir os objetivos propostos pela atividade. Durante as intervenções lúdicas, foi possível observar que, ao ser contrariado, irritou-se e isolou-se por pouco tempo do grupo; como as outras crianças não se importaram, retornou ao grupo. Busca sempre conversar com a pesquisadora, pede para sair

junto, como também que vá buscá-lo na escola para que seus colegas de classe o vejam indo embora “com uma mãe”.

É possível observar a referida criança com boa capacidade de simbolizar, busca em suas narrativas separar o bem do mal. Utiliza os bonecos de pano para projetar situações familiares, sempre sofridas e muito semelhantes à sua vida. Nesses momentos demonstra revolta e irritação.

2ª Avaliação

| | |
|----------------------------|---|
| RAVEN | Intelectualmente Médio |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Período Operatório Concreto |
| C.D.I. | 6 pontos, não apresenta transtorno depressivo |

De acordo com a coordenadora do abrigo, a criança tem dificuldades em aceitar regras, consegue acompanhar os alunos de sua classe, apresentando significativa melhora em Matemática. Necessita ainda, de aulas de reforço para aprender escrever corretamente e treinar leitura. Houve diminuição em suas reações frente a situações frustrantes. Busca, no momento, fazer muitos desenhos para a diretora da instituição e para a professora, declarando que gosta muito delas. Com as crianças, no abrigo, prefere ficar junto aos meninos, gosta de jogos de regra e pergunta sempre quando sua mãe o levará para casa, pois acredita em que ela não o visita porque está muito doente, mas que ficará boa.

- Dados Conclusivos

Conforme as duas avaliações feitas pelo Raven, F encontra-se na faixa Intelectualmente Médio. Nas Provas Operatórias Piagetianas, em relação a primeira avaliação encontra-se a referida criança no Período Intuitivo Pré-Operatório, na segunda avaliação, a criança encontra-se no Período Operatório Concreto, o que demonstra maior organização e estruturação do pensamento. Em relação ao C.D.I., na primeira avaliação obteve pontuação (11 pontos), não indicativa do transtorno depressivo; na segunda avaliação, é confirmada a inexistência do quadro depressivo, devido à pontuação (oito pontos) atingida na soma dos escores.

Segundo informações das cuidadoras do abrigo, a criança tem melhorado em suas tarefas escolares, mas ainda não consegue acompanhar as crianças de sua classe. Sua sociabilidade é adequada, relaciona-se bem com funcionários e crianças da instituição. A criança lida melhor com situações que exigem regras e limites.

Caracterização do participante - G

| | |
|---|---------------------------------|
| Nome: G | Sexo: masculino |
| Data de Nascimento: 23/10/1998 | Idade: 7 anos e 10 meses |
| Escolaridade: 1ª. Série - Escola Pública | Mãe: 36 anos |
| Pai: desconhecido | Irmãos: -- |
| Tempo de Abrigamento: 2 anos e 1 mês | |

A mãe de G apresenta esquizofrenia, é usuária de drogas, não tem residência fixa, e é comum passar uns tempos desaparecida. Nunca visitou o filho na instituição.

De acordo com dados obtidos pelo abrigo, G chegou à instituição devido a denúncias ao Conselho Tutelar dos vizinhos de sua mãe. Segundo este órgão, a criança não frequentava escola, ficava dias sozinha no quarto que morava, sem comida, sendo necessária ajuda dos vizinhos. A mãe, usuária de drogas, por vezes chegava a casa muito agressiva, quebrando os poucos móveis existentes e houve, inclusive, um episódio em que ela ateou fogo ao próprio quarto. A criança chorou e ficou muito assustada, os vizinhos chamaram os bombeiros, o Conselho Tutelar e a Polícia.

A criança, atualmente, apresenta comportamento de grande ansiedade, rói unhas, tem enurese, seu sono é agitado, alimenta-se compulsivamente, é independente em relação aos hábitos alimentares e higiênicos. A criança gosta de praticar esportes, estando no momento matriculada numa escolinha de futebol, relaciona-se bem com as outras pessoas da instituição, demonstrando bom humor. Procura estar sempre conversando com as cuidadoras, é carinhosa, aceita horários e regras. Gosta de brincar, principalmente de criar "novos mundos", apresenta grande capacidade de simbolização, cria histórias bem elaboradas e, se não for interrompido, permanece muito tempo em suas brincadeiras.

Em relação à escola, gosta de frequentá-la, tem bom vínculo com a professora, faz constantemente desenhos para agradá-la e convive bem com as crianças de sua classe. Seu desempenho escolar é deficitário, tendo muitas dificuldades em Português, não consegue ler e

não compreende o processo de junção das sílabas para formar palavras. Em Matemática, tem dificuldades de memorização e de estabelecer a relação quantidade e unidade numérica. Esta situação o deixa triste e inseguro, justifica-se para os cuidadores do abrigo e para a professora que estuda, mas que esquece na hora de fazer a lição. Diz ter medo de a professora e da diretora-presidente do abrigo deixarem de gostar dele por causa das lições erradas.

Devido a estas dificuldades, G tem aulas de reforço escolar no abrigo e na escola.

1ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|---|
| RAVEN | Acima da média intelectual |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório. Apresentou desempenho inadequado nas Provas de Conservação e Seriação |
| C.D.I. | 06 pontos, não apresenta transtorno depressivo |

- Intervenções lúdicas

Durante as atividades lúdicas, G demonstra interesse em participar, relaciona-se bem com o grupo de crianças. É possível observar a necessidade de aprovação das outras crianças para continuar fazendo o que se propôs. Quando ocorre disputa de liderança ou discussões no grupo, G tem sempre postura de mediar, abrindo mão de seus brinquedos para oferecê-los aos outros meninos, pois demonstra medo neste tipo de situação. Sua forma de brincar é rica devido à capacidade de simbolizar. Prefere atividades lúdicas livres, constrói narrativas sempre a respeito de lugares e mundos inventados, com riqueza de detalhes e articulação do texto coerente. Nas brincadeiras com bonecos de pano, demonstra situações que vivenciou, como abandono e maus-tratos; neste momento, o personagem principal (menino) sempre consegue superar tudo e viver bem.

De acordo com Oliveira (2004), quando uma criança brinca, há o predomínio do prazer sobre a tensão, o que possibilita à criança lidar com a situação, buscando novas possibilidades de enfrentar seu cotidiano.

2ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|---|
| RAVEN | Acima da média intelectual |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Operatório Concreto |
| C.D.I. | 6 pontos, não apresenta transtorno depressivo |

Segundo a coordenadora do abrigo, seu desempenho escolar apresentou melhoras, consegue unir sílabas, formar palavras, e ler, apesar de ainda ter algumas dificuldades. Em Matemática, consegue realizar contas e estabelecer relações entre números e quantidades. É possível verificar que a criança está mais segura, o que tem refletido de forma positiva em seu processo evolutivo. Piaget (1971) afirma que, ao brincar, a criança adquire conhecimento favorecendo sua criatividade e preparando-a para a vida. A criança que brinca adapta-se melhor ao meio, aperfeiçoando suas potencialidades.

Sua sociabilização é adequada tanto no abrigo como na escola; é participativo, carinhoso e bem-humorado. Em relação à ansiedade, já é possível verificar que G lida melhor, com seu sono está mais tranquilo, sua enurese diminuiu e sua compulsão por comida está mais controlada. Poucas vezes pergunta pela mãe, mas acredita em que ela não sabe o endereço do abrigo e por isto não o visita.

- Dados Conclusivos

Em relação ao resultado do Raven, a criança encontra-se Acima da Média Intelectual, nas duas avaliações realizadas; nas Provas Operatórias Piagetianas, G encontra-se, na primeira avaliação, no Período Pré-Intuitivo Operacional, o que significa apresentar pensamento semi-reversível; na segunda avaliação, o referido participante demonstrou estar no Período Operatório Concreto, o que resulta em pensar de maneira reversível. No C.D.I., a criança obteve pontuação não indicativa de transtorno depressivo nas duas avaliações.

É possível verificar que G melhorou seu desempenho escolar, consegue estabelecer relações e quantidades, sendo importante a continuidade das aulas de reforço. É necessário que as condições ambientais onde a criança está inserida proporcione segurança amparando-a para que seu desenvolvimento seja saudável. Parece que a grande dificuldade de G está relacionada à falta da figura materna. Winnicott (1993) escreve que crianças que passam por

situações de privação no início do seu desenvolvimento podem apresentar, na fase escolar, dificuldades cognitivas, o que vem de encontro com os dados obtidos nesta pesquisa.

Em relação à sociabilização, os cuidadores afirmam que a criança é cooperativa, carinhosa e relaciona-se adequadamente com todos do abrigo.

Caracterização do participante - H

| | |
|---|--------------------------------|
| Nome: H | Sexo: masculino |
| Data de Nascimento: 14/4/1997 | Idade: 8 anos e 2 meses |
| Escolaridade: 1ª. Série - Escola Pública | Mãe: do lar |
| Pai: falecido | Irmãos: 3 |
| Tempo de Abrigamento: 2 anos | |

Conforme informações obtidas na instituição, as crianças foram abrigadas pelo Conselho Tutelar. Segundo os dados, eles chegaram de madrugada, assustados e sujos de sangue, devido à briga de grupos de traficantes que culminou com a invasão e tiroteio na casa das crianças e nas mortes do pai e do tio.

O motivo da briga foi devido à área de tráfico que estava sendo disputada pelos grupos. A criança tem três irmãos, uma mais velha, atualmente com 9 anos, um irmão com 6 anos e, a mais nova, com 2 anos. A adaptação dos irmãos foi muito difícil no abrigo. A princípio não recebiam visitas dos familiares, situação que os deixava agressivos, agitados com exceção de H que apresentava comportamento apático, procurando ficar isolado. A mãe foi somente uma vez visitá-los no abrigo e, de acordo com os monitores, estava grávida. As crianças ficaram felizes ao vê-la, mas não compreenderam porque ela estava esperando bebê. Ao término da visita, deram muito trabalho, chorando bastante. Posteriormente, as quatro crianças foram morar com uma família substituta no interior de São Paulo, retornando ao abrigo seis meses depois, situação que os deixou mais agressivos. O motivo do retorno, segundo a família, é que as crianças estavam dando muito trabalho e não gostavam do lugar em que moravam.

Durante o período desta pesquisa, foi possível observar que H apresenta dificuldades em relação a sua socialização, está sempre isolado dentro do abrigo, fala muito pouco com funcionários e voluntários, não demonstra motivação para vincular-se com alguém, seu comportamento é apático, chora bastante e é educado. Realiza atividades e lições de casa com

auxílio de coordenadora, seu sono é agitado, apresenta enurese noturna e alimenta-se bem. Em relação à escola, a professora diz que a criança é obediente, educada, não apresenta comportamentos agressivos, mas não brinca com as outras crianças, procurando ficar sempre sozinho, chora sem motivo aparente e, apesar de ficar quieto, não consegue acompanhar o desempenho da classe; sua maior dificuldade está na escrita, troca letras e não entende o que o texto pede para ser feito.

1ª. Avaliação

| | |
|----------------------------|--|
| RAVEN | Intelectualmente superior |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | Operatório Concreto |
| C.D.I. | 23 pontos, indicativo de transtorno depressivo |

- Intervenções lúdicas

A partir da primeira intervenção lúdica, H aceitou participar do grupo de crianças. Tudo que elas decidem, H realiza sem questionar; demonstra muitas vezes estar deslocado e, se não for chamado pelos outros garotos, fica parado, olhando para o que está sendo feito. Nas primeiras intervenções, sua participação, tanto na roda de conversa inicial, como na final, demonstrou timidez e falta de iniciativa. A partir da terceira intervenção lúdica, H começou a ter comportamento mais participativo, demonstrando alegria e vontade de brincar. Em atividades de regras, H tem bom desempenho, consegue atrair os amigos para perto de si e gosta de ser valorizado por eles. Em atividades livres, olha o que os outros meninos estão fazendo para depois fazer igual; seus desenhos são empobrecidos, utiliza cores escuras e seu traçado demonstra tendência à compulsão.

A partir da quinta atividade, H demonstrou ter iniciativa, conversando com as outras crianças, sugerindo brincadeiras e criando histórias. Participou da dramatização, escolhendo fazer um personagem que não gostava de crianças e que levava todas para sua casa, maltratando-as e mandando que fossem embora durante a noite. É possível observar que a criança representa sua vida no brincar; a chegada ao abrigo (madrugada), maus-tratos (família biológica e substituta) e não gostar de crianças (mãe e família substituta). Nas atividades seguintes foi mais participativo, cooperando com o grupo por prazer e não por obrigação. No brincar, a criança exercita a sociabilização, lida com regras e limites, o que contribui para a

sua adaptação saudável ao meio. Através do brincar, a criança integra e desenvolve novos conhecimentos, Oliveira (2000 e 2004).

2ª. Avaliação

| | |
|---------------------------|------------------------------------|
| RAVEN | Intelectualmente superior |
| P. OPERATÓRIAS PIAGETINAS | Operatório Concreto |
| C.D.I. | 15 pontos, não apresenta depressão |

Segundo a coordenadora do abrigo, seu desempenho escolar apresentou significativa melhora; gosta de ir à escola, participa das brincadeiras com amigos no intervalo, conversa com os colegas de classe; seu comportamento continua adequado, aceitando regras e horários. Em relação a entender textos, H pergunta suas dúvidas para a professora e tem, dessa forma, conseguido acompanhar a classe. No abrigo, está participativo, conversa com monitores e voluntários, seu sono oscila, ora está agitado, ora tranquilo, mas continua com enurese, o que denota ansiedade.

- Dados Conclusivos

De acordo com as duas avaliações do Raven, a referida criança obteve o mesmo resultado (Intelectualmente Superior). Nas Provas Operatórias Piagetianas, H encontra-se no Período Operatório Concreto em ambas avaliações, demonstrando ter pensamento reversível para realizar operações lógicas. No C.D.I., a criança obteve (23 pontos), pontuação indicativa de transtorno depressivo; na segunda avaliação, a pontuação obtida foi de 15 pontos, não sendo indicativa de transtorno depressivo. Parece que a criança reagiu de forma positiva às intervenções lúdicas, como também é necessário destacar que as crianças abrigadas geralmente não recebem atenção individualizada, o que pode ser sentido por elas como carência, situação que não aconteceu durante as intervenções lúdicas, pois as crianças sentiam-se valorizadas.

Em relação aos dados obtidos pelo abrigo, H está mais seguro e confiante, relaciona-se melhor com os funcionários e as crianças. Apresenta iniciativa para conseguir o que deseja, situação que tem refletido no ambiente escolar; atualmente, brinca com outras crianças no intervalo, estando integrado ao grupo.

De acordo com Piaget (1971) e Oliveira (2004), a criança, a partir do lúdico, descobre possibilidades para superar desafios, tornando-se mais confiante para enfrentar situações cotidianas, o que reflete em seu desenvolvimento.

A seguir, serão apresentados gráficos, tabelas e quadros relativos à 1ª. Avaliação Geral.

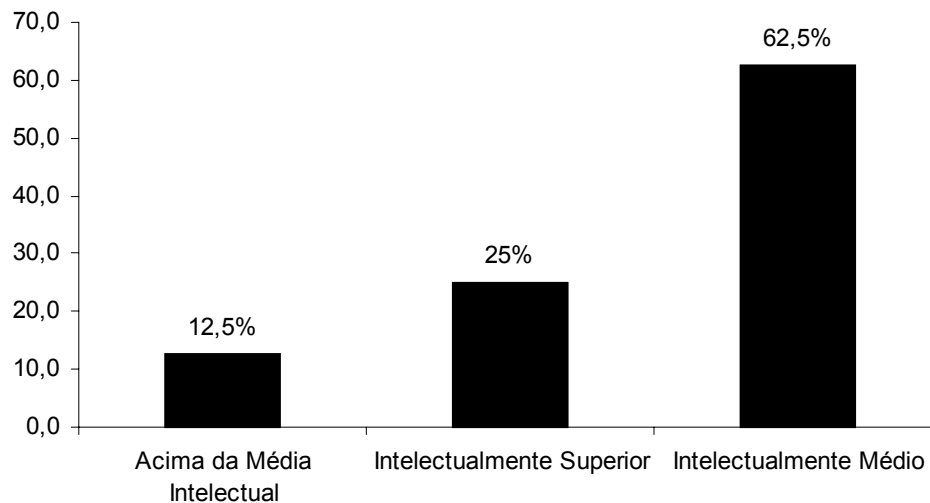


Gráfico 1. Matriz Progressivas Coloridas Escala Especial - Raven

De acordo, com o Gráfico 1, os resultados obtidos pelos participantes foram de 12,5% acima da média intelectual, 25% intelectualmente superior e 62,5% intelectualmente médio.

O teste Matriz Progressivas Coloridas de Raven (Escala Especial) foi desenvolvido por Raven J. C. (1947), tendo sido revisto em 1956. A escolha por este instrumento avaliativo se deu pelo fato de ter sido normatizado e adaptado para crianças brasileiras por Angelini *et al.* (1999). Trata-se de um teste de inteligência não verbal, sendo indicado para avaliar crianças de 05 a 11 anos. É composto por três séries A, Ab e B, com 12 itens, com múltiplas escolhas, para que o participante responda o que está sendo pedido pelo pesquisador. As três séries de 12 itens cada estão organizadas para avaliar a cognição, desenvolvimento mental e maturidade do participante.

Os resultados obtidos demonstram que os participantes deste estudo apresentam nível de inteligência e adequação em relação ao desenvolvimento cognitivo, estando aptos para o processo de aprendizagem escolar.

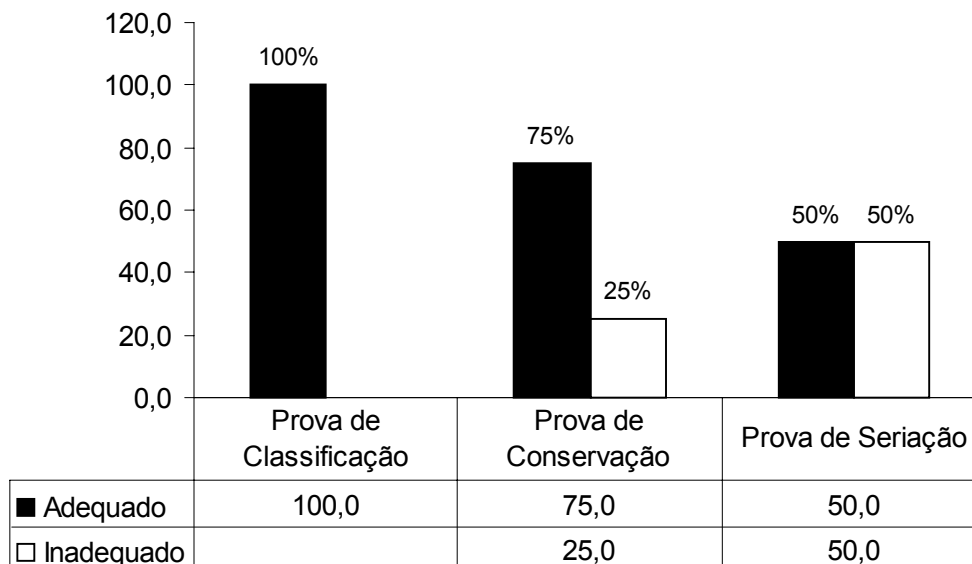


Gráfico 2. Provas Operatórias de Jean Piaget

De acordo com o Gráfico 2, em relação à Prova de Classificação, 100% dos participantes concluíram esta prova de forma adequada. Na Prova de Conservação, 25% dos participantes obtiveram resultados inadequados (não conseguiram atingir o resultado dentro do esperado para a idade cronológica), 75% dos participantes obtiveram resultado adequado dentro do esperado para sua idade cronológica. Na Prova de Sieriação, 50% dos participantes tiveram desempenho adequado e 50% apresentaram desempenho inadequado.

Concluindo, os resultados obtidos pelos participantes em relação às Provas Operatórias Piagetianas demonstram que 37,5% encontram-se no Período Operatório Concreto e 62,5% encontram-se no Período Intuitivo Pré-Operatório.

As Provas Operatórias Piagetinas têm por finalidade avaliar o desenvolvimento cognitivo dos participantes por meio de análise quantitativa e qualitativa de seu nível de inteligência operatória. De acordo com Piaget (2002), o conhecimento ocorre na interação do indivíduo com o meio, através dos processos de assimilação e acomodação.

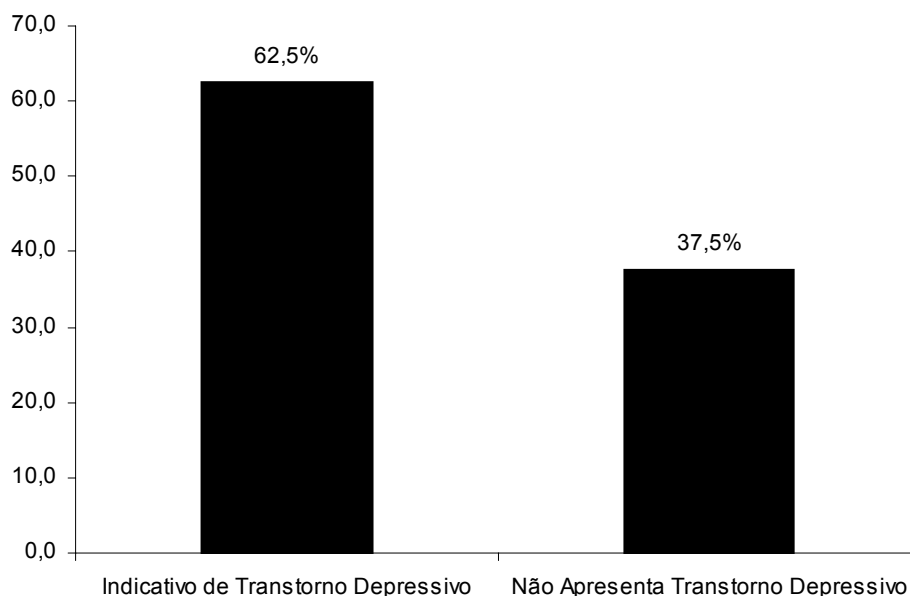


Gráfico 3. Inventário de Depressão Infantil C.D.I.

Conforme o Gráfico 3, os resultados demonstram que 62,5% de crianças apresentam sintomas de transtorno depressivo e 37,5% de crianças não apresentam indícios de transtorno depressivo.

O C.D.I. é uma escala avaliativa que tem por objetivo rastrear a sintomatologia depressiva. Foi criado por Kovacs (1992), e trata-se de um inventário de auto-avaliação aplicado em crianças e adolescentes com idade entre 07 a 17 anos. Possui bom grau de confiabilidade (0,71 a 0,89) e, por ser de fácil aplicação, é utilizado por grande número de pesquisadores. No Brasil, foi adaptado e normatizado por Gouveia *et al.* (1995), constando de 20 itens que possibilitam medir os seguintes fatores: anedonia, dificuldades interpessoais, humor negativo, ineficácia e baixa auto-estima.

No presente trabalho, optou-se pela retirada da questão 09 por tratar-se da verificação de intenção suicida. O motivo que levou a autora a retirar o item 09 está relacionado com a pouca idade (média de 8 anos) dos participantes, somado às condições de vida destas crianças, como maus-tratos, negligência familiar e abrigo. Esta medida encontrou suporte em trabalhos realizados por Cruvinel (2003) e Weiz *et al.* (1997). Para a identificação dos sintomas depressivos, neste estudo, optou-se pelo ponto de corte igual ou maior que 16 pontos.

Devido à exclusão deste item, o C.D.I. foi reajustado para que não perdesse seu grau de confiabilidade. Neste trabalho, obteve-se o coeficiente Alfa de Cronbach¹ igual a 0,74, indicando que o referido instrumento possui boa adequação para rastrear e identificar sintomas depressivos.

Tabela 1. Distribuição em relação ao gênero dos participantes.

| SEXO | I.T.D | N.T.D. |
|-------------|--------------|---------------|
| MASCULINO | 50% | 50% |
| FEMININO | 75% | 25% |

I.T.D. – Indicativo de Transtorno Depressivo

N.T.D. – Não apresenta transtorno Depressivo

Em relação ao gênero dos participantes, esta tabela mostra que 75% do sexo feminino apresentam sintomas indicativos de transtorno depressivo e 25% do sexo feminino não apresentam indícios de transtorno depressivo.

De acordo com pesquisas realizadas por Baptista e Golfeto (2000), Bahls & Bahls(2002), Hutz & Dell’Aglío (2004), os autores encontraram predomínio dos sintomas depressivos no sexo feminino, levando à hipótese de que os caracteres biológicos-genéticos podem influenciar o surgimento da depressão, somados a fatores sócio-culturais. Outros trabalhos não registram diferenças significativas em relação ao gênero e o quadro depressivo, segundo informações de Gouveia *et al.* (1995), Curatolo (2001) e Cruvinel (2003).

¹ Coeficiente utilizado para verificação do grau de confiabilidade do inventário C.D.I., desenvolvido pelo estatístico americano L. J. Cronbach.

Tabela 2. Média e Desvio padrão do C.D.I. em relação ao gênero dos participantes

| SEXO | N | MEDIA | IPC | APC | D.P. |
|------------------|----------|--------------|------------|------------|-------------|
| FEMININO | 4 | 20,25 | 1 (25%) | 3 (75%) | 6,06 |
| MASCULINO | 4 | 15,25 | 2 (50%) | 2 (50%) | 7,01 |
| TOTAL | 8 | 17,75 | 3 (38%) | 5 (62%) | 6,55 |

I.P.C. – Inferior ao Ponto de Corte

A.P.C. – Acima do Ponto de Corte

D.P. – Desvio Padrão em relação à média dos sujeitos

Com base nos dados obtidos na Tabela 2, é possível verificar que a média encontrada para o gênero feminino foi de 20,25 pontos e desvio padrão de 6,06 pontos. Em relação ao gênero masculino, a média foi de 15,25 pontos e desvio padrão de 7,01 pontos.

Em relação ao gênero feminino, o número de participantes acima do ponto de corte (APC) foi 3, equivalendo a 75% do total de participantes. O número de participantes inferior ao ponto de corte, foi 1, equivalendo a 25% do total.

Em relação ao gênero masculino, o número de participantes acima do ponto de corte (APC) foi de 2, equivalendo a 50% do total. O número de participantes inferior ao ponto de corte foi de 2, equivalente a 50% do total.

Vale ressaltar que o gênero feminino apresenta maior uniformidade em relação a sintomas depressivos do que o gênero masculino.

Tabela 3. Referente à porcentagem das principais respostas escolhidas pelos participantes.

| RESPOSTA | QUESTÃO | PORCENTAGEM % |
|---|----------------|----------------------|
| Nada vai dar certo para mim | 2 | 75% |
| Eu faço tudo errado | 3 | 62,5% |
| Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite | 13 | 62,5% |
| Eu sinto vontade de chorar diariamente | 9 | 50% |
| Eu sempre me sinto sozinho | 15 | 50% |
| Eu estou sempre triste | 1 | 37,5% |

De acordo com o resultado obtido, é possível observar que os participantes responderam com maior frequência questões relacionadas à baixa auto-estima, visão negativa em relação a si e a outras pessoas, sentimentos de solidão e inferioridade e humor depressivo. Ajuriaguerra (1976), Bahls (2004) e Hutz & Dell'Aglio (2004) afirmam que, entre os vários sintomas do quadro depressivo, os citados acima pertencem ao quadro clínico típico deste transtorno.

Observa-se que crianças abrigadas com quadro depressivo apresentam sentimentos ligados à impotência para enfrentar situações rotineiras, não acreditam ser capazes de superarem obstáculos, como também crêem que nunca serão felizes. De acordo com Spitz (1965), Bowlby (1976) e Winnicott (1963) estes sentimentos apresentam estreita ligação ao de culpa, o que os leva a pensar que são responsáveis pela situação de abandono.

A seguir, são apresentados os gráficos e tabelas relativos à 2ª. Avaliação Geral.

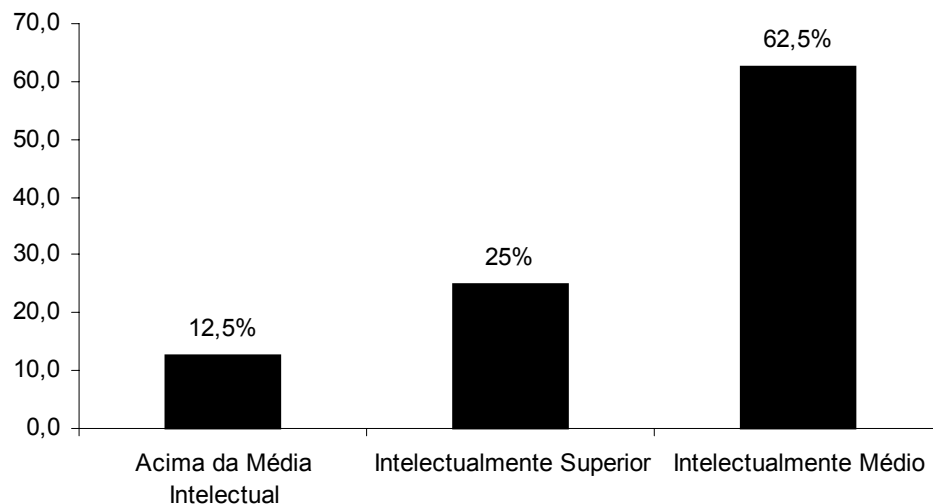


Gráfico 4. Matriz Progressivas Coloridas Escala Especial – Raven

De acordo com o Gráfico 4, os resultados obtidos através das Matrizes Coloridas Raven apresentam 12,5% dos participantes acima da média intelectual, 25,0% intelectualmente superior e 62,5% intelectualmente médio. É necessário ressaltar que os participantes deste estudo obtiveram os mesmos resultados do Gráfico 1. Sob este aspecto, verifica-se que os participantes não apresentam déficit cognitivo condizente ao baixo rendimento escolar apresentando pelas crianças.

Ressalta-se a possibilidade deste resultado estar vinculado à situação de abrigo vivenciada por estas crianças. Na literatura brasileira, é encontrado o trabalho de Hutz & Dell’Aglío (2004), que pesquisaram crianças institucionalizadas com dificuldades de aprendizagem, verificando a estreita relação entre depressão e déficit de aprendizagem formal, o que vem de encontro aos resultados obtidos neste trabalho.

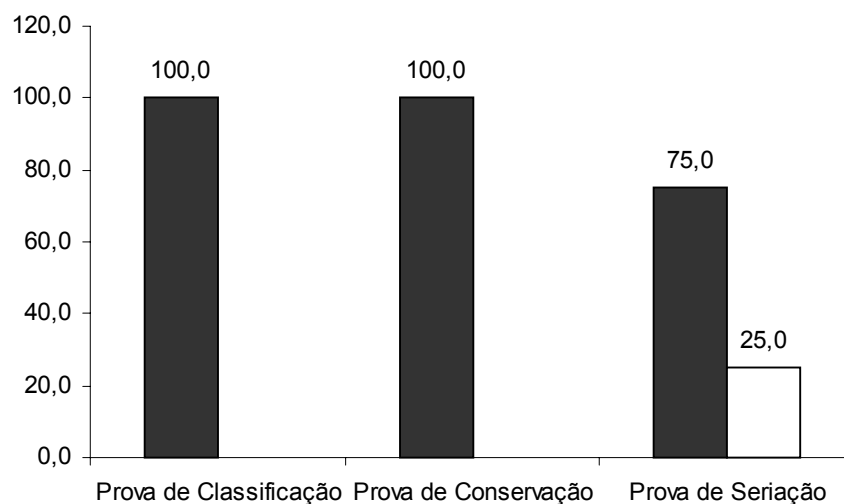


Gráfico 5. Provas Operatórias de Jean Piaget.

Conforme o Gráfico 5, em relação às Provas de Classificação e Conservação, 100% dos participantes concluíram-nas de forma adequada para sua idade cronológica. Na Prova de Seriação, 25% dos participantes apresentaram desempenho inadequado dentro do esperado para a sua idade cronológica e 75% tiveram desempenho adequado.

Concluindo, os resultados demonstram que 75% dos participantes deste estudo encontram-se no Período Operatório Concreto, o que significa ter o pensamento reversível e 25% apresentam-se ainda no Período Intuitivo Pré-Operatório, o que significa ter o pensamento semi-reversível.

Os resultados indicam melhora no desempenho das Provas Operatórias Piagetianas, parece que as experiências vivenciadas nas situações lúdicas contribuíram para uma melhora significativa de crianças no Período Operatório Concreto, demonstrando através das Provas, melhor capacidade de coordenar e organizar suas ações, estabelecer relações lógicas fundamentais e pensamento reversível.

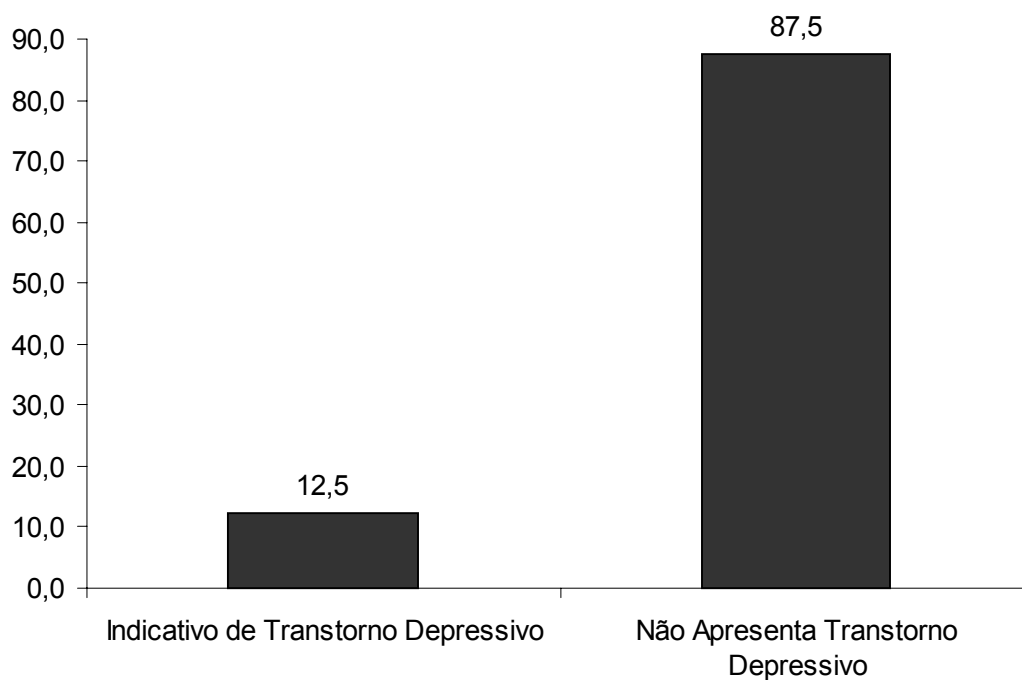


Gráfico 6. Inventário de Depressão Infantil C.D.I.

De acordo com o Gráfico 6, os resultados obtidos demonstram que 87,50% dos participantes não apresentam transtorno depressivo e 12,50% apresentam indícios de quadro depressivo. Observa-se então que houve diminuição da porcentagem de participantes com indícios de sintomas depressivos. Vale ressaltar que esta avaliação foi realizada após intervenções lúdicas, o que pode estar relacionado com este resultado. Winnicott (1975) e Oliveira (1992), em seus trabalhos, destacam a importância do lúdico para a elaboração de vivências conflituosas. No brincar, a criança pode ser criativa, utilizar-se de gestos espontâneos e construir histórias de vida.

Tabela 4. Distribuição em relação ao gênero dos participantes.

| SEXO | I.T.D. | N.T.D. |
|-----------|--------|--------|
| MASCULINO | ----- | 100% |
| FEMININO | 25,0% | 75,0% |

I.T.D. – Indicativo de Transtorno Depressivo

N.T.D. – Não apresenta Transtorno Depressivo

De acordo com a Tabela 4, os resultados da Reavaliação demonstram que 100% do gênero masculino não apresentam Transtorno Depressivo. Em relação ao gênero feminino, 75% não apresentam Transtorno Depressivo e 25% apresentam sintomas indicativos deste transtorno, havendo predomínio deste sexo.

Em relação aos dados obtidos, quando comparados aos dados da Tabela 2, houve diminuição dos sintomas depressivos de forma significativa em relação ao gênero masculino.

Tabela 5. Média e Desvio padrão do C.D.I. em relação ao gênero dos participantes

| SEXO | N | MEDIA | IPC | APC | D.P. |
|-----------|---|-------|----------|---------|------|
| FEMININO | 4 | 13,50 | 3 (75%) | 1 (25%) | 5,72 |
| MASCULINO | 4 | 10,75 | 4 (100%) | --- | 3,83 |
| TOTAL | 8 | 12,13 | 87,5% | 12,5% | 4,87 |

I.P.C. – Inferior ao Ponto de Corte

A.P.C. – Acima do Ponto de Corte

D.P. – Desvio Padrão em relação à média dos sujeitos

Segundo os dados obtidos na Tabela 5 é possível verificar que a média encontrada para o gênero feminino foi de 13,50 pontos e desvio padrão de 5,72 pontos. Em relação ao gênero masculino, a média foi 10,75 pontos e desvio padrão de 3,83 pontos.

Em relação ao gênero feminino, o número de participantes acima do ponto de corte (A.P.C.) foi 1, equivalendo a 25% do total de participantes. O número de participantes inferior ao ponto de corte, foi 3, equivalendo a 75% do total.

Em relação ao gênero masculino, o número de participantes inferior ao ponto de corte (A.P.C.) foi de 4, equivalendo a 100% do total.

Vale ressaltar que houve diminuição do número de participantes com transtorno depressivo, principalmente do gênero masculino, quando comparado aos resultados da tabela 2.

Tabela 6. Referente à porcentagem das principais respostas escolhidas pelos participantes.

| RESPOSTA | QUESTÃO | PORCENTAGEM % |
|--|----------------|----------------------|
| Eu gosto de estar com as pessoas | 11 | 75% |
| Sou tão bom quanto outras crianças | 17 | 75% |
| Eu não faço o que me mandam com freqüência | 19 | 62,5% |
| Para mim tudo se resolverá bem | 2 | 50% |
| Eu gosto de mim mesmo | 7 | 50% |
| Minha aparência tem alguns aspectos negativos | 12 | 37,5% |
| Eu sinto vontade de chorar de vez em quando | 9 | 37,5% |

De acordo com os resultados obtidos, é possível verificar que os participantes responderam com maior freqüência questões relacionadas à auto-estima, visão positiva em

relação a si e aos outros, dificuldades com limites e regras e, em menor porcentagem, sentimentos de humor depressivo.

Os resultados demonstram que houve diminuição em relação a sentimentos depressivos e visão negativa em relação a si, quando comparados aos resultados da Tabela 4. Estes dados demonstram a importância do lúdico como instrumento interventivo. Oliveira (2000, 2003 e 2004) demonstra que, através do brincar, a criança convive com o outro, estabelece relações, possibilitando trocas afetivas. A criança que brinca elabora situações conflituosas, descobre novas possibilidades para lidar com o cotidiano, e exerce sua criatividade. Este exercício de sociabilidade faz com que a criança sinta-se mais segura e confiante.

Quadro 1 - 1ª. Avaliação Geral - Final

Este quadro tem por objetivo traçar um panorama geral do desempenho do participante em cada teste aplicado.

| PARTICIPANTES | RAVEN | PROVAS OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | C.D.I. |
|----------------------|--|---|---|
| A | Intelectualmente médio | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório | 29 pontos, indicativo de transtorno depressivo |
| B | Intelectualmente médio | Operatório Concreto | 19 pontos, indicativo de transtorno depressivo |
| C | Intelectualmente superior | Operatório Concreto | 21 pontos, indicativo de transtorno depressivo |
| D | Intelectualmente médio | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório | 12 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| E | Intelectualmente médio | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório | 21 pontos, indicativo de transtorno depressivo |
| F | Intelectualmente médio | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório | 11 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| G | Acima da Média Intelectual | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório Sensório- | 6 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| H | Intelectualmente superior | Operatório Concreto | 23 pontos, indicativo de transtorno depressivo |
| TOTAL | 5 crianças encontram-se na faixa Intelectualmente Médio. 2 crianças encontram-se na faixa Intelectualmente Superior. 1 criança encontra-se na faixa acima da média Intelectual | 5 crianças encontram-se no Período Intuitivo Pré-Operatório. 3 crianças encontram-se no Período Operatório Concreto. | 3 crianças não apresentam Transtorno Depressivo. 5 crianças apresentam indícios de Transtorno Depressivo |

De acordo com o Quadro 1, é possível verificar um panorama geral do desempenho de todos os participantes deste estudo em cada teste.

Em relação às Matrizes Progressivas Coloridas Raven, o resultado aponta para cinco participantes com nível de inteligência Intelectualmente Médio, dois participantes Intelectualmente Superior e um participante encontra-se acima da Média Intelectual. Em relação às Provas Operatórias Piagetianas, os resultados obtidos foram de cinco participantes no Período Intuitivo Pré-Operatório o que demonstra que o pensamento é semi-reversível para a realização das operações formais. As ações realizadas pelas crianças são sensoriais motoras, o pensamento é transdutivo, anímico, caracterizando-se pelo primado do subjetivo e o predomínio das brincadeiras simbólicas, como afirma Oliveira (2004).

Três participantes encontram-se no Período Operatório Concreto, significando que a criança apresenta estruturação no pensamento, melhor capacidade de organização e de coordenação em suas ações, e seu pensamento é reversível.

Os resultados do C.D.I. demonstram que cinco participantes apresentam indícios de Transtorno Depressivo e três participantes não apresentam quadro depressivo. Pesquisas demonstram que crianças com transtorno depressivo possuem baixa auto-estima, pensamentos negativos e alterações comportamentais, podendo prejudicar o rendimento escolar, segundo Barbosa e Gaião (2001), Curatolo (2001), Golfeto *et al.* (2001) e Cruvinel (2003).

Outros estudos, como os de Viana *et al.* (2001), pesquisaram a relação depressão infantil e baixo rendimento escolar, revelando que os participantes não apresentavam déficit intelectual. O presente estudo sugere que devido a desajustes afetivo-emocionais, os participantes apresentam dificuldades de aprendizagem.

Os resultados demonstram a necessidade de diagnósticos mais assertivos e profissionais melhor preparados para identificação da situação problema pela qual a criança está passando, para que ela possa ser tratada adequadamente.

Quadro 2 - 2ª. Avaliação Geral-Final

Este quadro tem por objetivo traçar um panorama geral do desempenho do participante em cada teste aplicado.

| PARTICIPANTES | RAVEN | PROVAS OPERATÓRIAS PIAGETIANAS | C.D.I. |
|----------------------|--|--|--|
| A | Intelectualmente médio | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório | 21 pontos, indicativo de transtorno depressivo |
| B | Intelectualmente médio | Operatório Concreto | 13 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| C | Intelectualmente superior | Operatório Concreto | 15 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| D | Intelectualmente médio | Está no Período Intuitivo Pré-Operatório | 5 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| E | Intelectualmente médio | Período Operatório Concreto | 14 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| F | Intelectualmente médio | Período Operatório Concreto | 8 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| G | Acima da Média Intelectual | Período Operatório Concreto | 6 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| H | Intelectualmente superior | Operatório Concreto | 15 pontos, não apresenta transtorno depressivo |
| TOTAL | 5 crianças encontram-se na faixa Intelectualmente Médio. 2 crianças encontram-se na faixa Intelectualmente Superior. 1 criança encontra-se na faixa Acima da Média Intelectual | 2 crianças encontram-se no Período Intuitivo Pré- Operatório. 6 crianças encontram-se no Período Operatório Concreto. | 1 criança apresenta indício de Transtorno Depressivo. 7 crianças não apresentam Transtorno Depressivo. |

De acordo com o Quadro 2, é possível verificar um panorama geral do desempenho evolutivo de todos os participantes desse estudo em cada teste.

Em relação às Matrizes Progressivas Coloridas Raven, todos os participantes continuaram apresentando resultados dentro ou acima do esperado de seu nível intelectual. Contudo, como pôde ser verificado nas Provas Operatórias Piagetianas houve aumento no número de participantes no Período Operatório Concreto, o que demonstra estruturação no pensamento, sendo que as crianças apresentaram melhor capacidade de organizar e de coordenar suas ações, estabelecendo relações lógicas fundamentais, realizando inclusão, composição aditiva e multiplicativa de classes, e seu pensamento torna-se mais reversível. Dois participantes permanecem no Período Intuitivo Pré-Operatório, o que significa que ainda têm o pensamento semi-reversível para realização das operações. Piaget (1971) escreve que a própria criança constrói de forma ativa seu conhecimento, criando, testando e transformando suas teorias sobre o mundo. Nesse sentido, criar condições às crianças de agirem espontaneamente na situação lúdica, parece ter contribuído para que a maioria delas se organizasse melhor mentalmente.

Em relação aos resultados obtidos através do C.D.I., observa-se um decréscimo significativo da depressão, sendo que sete participantes não apresentaram transtorno depressivo na reavaliação e apenas um apresentou indícios deste transtorno. Esses dados indicam um movimento positivo muito saudável por parte das crianças abrigadas, que reagem de forma muito positiva à intervenção lúdica. De acordo com Oliveira (2004), a partir de uma leitura construtivista piagetiana, o brincar, por ser uma situação prazerosa, facilita a aprendizagem, pois há o predomínio do processo de assimilação sobre a acomodação. Um problema, ao invés de mobilizar afastamento e tensão, torna-se estimulante, despertando curiosidade, raciocínio, atenção e autonomia na criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dos últimos anos, estudiosos das áreas da saúde e educação vêm pesquisando a relação baixo rendimento escolar e depressão infantil. Verifica-se que crianças com baixa auto-estima, pensamentos negativos, sentimentos de inferioridade, insegurança, humor depressivo, dificuldades relacionadas a sociabilização, falta de energia e sintomas psicossomáticos, apresentam indícios de transtorno depressivo, o que pode repercutir no rendimento escolar causando sérios prejuízos no decorrer do processo de aprendizagem formal.

Este estudo clínico-interventivo teve como objetivo verificar a influência de estratégias lúdicas em crianças abrigadas quanto à promoção de seu bem-estar, desenvolvimento intelectual e aprendizagem escolar, assim como o combate à depressão.

Insera-se na linha social da Psicologia da Saúde, que tem como objetivo abordar o ser humano em sua visão bio-psico-social, promovendo seu bem-estar.

A pesquisa foi desenvolvida de maneira satisfatória devido à instituição disponibilizar recursos necessários possibilitando a execução deste trabalho, o que demonstra interesse pelo bem estar das crianças abrigadas.

O presente estudo buscou proporcionar uma leitura abrangente dos dados obtidos nos aspectos quantitativo e qualitativo.

Os resultados revelados pelas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, Escala Especial, indicaram cinco crianças no nível Intelectual Médio, uma acima da Média e duas, Intelectualmente Superior, o que foi considerado como um resultado promissor. As Provas Piagetianas também apontaram cinco crianças ainda na transição do Pré-Operatório para o Operatório Concreto, comprovando ter um pensamento capaz de compreender situações reversíveis.

Os resultados do C.D.I. demonstraram que cinco participantes apresentavam indícios de transtorno depressivo. É interessante destacar que, quanto maior o nível intelectual da criança, maior também foi seu quadro depressivo, o que gera a hipótese de que maior seria sua compreensão da situação de abandono vivida.

Com base nos dados da avaliação inicial, foram realizadas 8 sessões lúdicas grupais, através de estratégias sensório-motoras, simbólicas e sociais, com espaço para atividades livres e espontâneas.

Durante as atividades propriamente ditas, as crianças experimentaram a possibilidade de criar algo não planejado por outra pessoa. Descobriram aos poucos, em sua grande maioria, que precisavam chegar a certos acordos para poder continuar brincando, desenhando ou representando juntos. A sessão encerrava-se através de nova Roda de Conversa, na qual o trabalho era comentado. O começo e o fechamento verbal das sessões buscava uma ampliação de sua consciência quanto a si mesmo, ao outro e à relação com o grupo.

Os resultados indicam melhora no desempenho escolar e diminuição dos sintomas depressivos, com aumento da auto-estima e da segurança emocional, com reflexos em sua qualidade de vida em geral, inclusive escolar. As experiências vivenciadas nas situações lúdicas, contribuíram para auto-avaliação subjetiva mais positiva pelas crianças, assim como para uma avaliação escolar melhor.

Esses dados foram comprovados na Segunda Avaliação, feita após a intervenção lúdica, na qual o Raven apresentou os mesmos resultados satisfatórios da Primeira Avaliação, e nas Provas Operatórias Piagetianas, foi observada uma melhora significativa, com um maior número de crianças no Período Operatório, tendo demonstrado através das provas, melhor capacidade de organizar e coordenar suas ações de estabelecer relações lógicas fundamentais, como inclusões e composições aditivas e multiplicativas de classes. Dois participantes permaneceram, contudo, no Período Intuitivo Pré-Operatório. Em relação aos resultados obtidos através do C.D.I., observou-se um decréscimo significativo da depressão, sendo que, dos 8 participantes, apenas um apresentou indícios deste transtorno.

Concluindo, os dados indicam um movimento positivo muito saudável por parte das crianças abrigadas, que demonstraram reagir de forma muito ágil e positiva graças à uma intervenção lúdica.

Foi realizada uma entrevista devolutiva para a diretora-presidente, psicóloga e coordenadora do abrigo, a respeito do processo avaliativo de cada criança, como também discutido sobre encaminhamentos para: ludoterapia, médico e atividade esportiva. Ressalta-se o grande interesse dos responsáveis pelo abrigo sobre o trabalho desenvolvido com as crianças como também a criação de projetos com os funcionários para melhor qualificação dos mesmos no cotidiano do abrigo.

Destaca-se a necessidade de novos estudos, a respeito de intervenções lúdicas em crianças abrigadas, para que possam ser elaborados projetos com intuito de detectar precocemente possível transtorno depressivo, assim como minimizar o impacto do abrigamento, visto que seus efeitos podem ser prejudiciais ao desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. **Psicanálise da Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Masson do Brasil Ltda, 1976.
- ALENCAR, E.M.L.S. **Criatividade**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993.
- ALEXANDRE, T.D. **Relações de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de Abrigo**. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. (DSM IV). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- ANDRIOLA, W. B.; CAVANCANTE, L. R. **Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12 (2), 1999, pp. 419-428.
- ANGELI, A.; ALVES, I.; CUSTÓDIO, E. e DUARTE, W. **Manual das Matrizes Progressivas Coloridas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- ARPINI, M. D. **Sonhar a gente sonha: representações de sofrimento e exclusão em adolescentes em situação de risco**. Tese de Doutorado - Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001
- BAHLS, S. C., BAHLS, F. R. C. **Depressão na adolescência: características clássicas. Interação em Psicologia**, 6(1): 49-57, 2002.
- BAHLS, S. C. **A depressão em crianças e adolescentes e o seu tratamento**. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.
- BANDIM, J.M; SOUGEY, E. B.; CARVALHO, T. F. R. **Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 44 (1), pp. 27-32, 1995.
- BANDIM, J.M; ROAZZI, A.; SOUGEY, E.B.; CARVALHO, T.F.R. **Habilidade mnemônica em crianças com sintomas depressivos: um estudo exploratório. Revista de Neuropsiquiatria na infância e adolescência**. 6 (3), pp. 119-123, 1998.
- BAPTISTA, C. A. e GOLFETO, J. H. **Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 27 (5), pp. 253-255, 2000.
- BARBOSA, G. A.; GAIÃO, A. A. **Apontamentos em Psicopatologia infantil**. João Pessoa: Idéia, 2001.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F., EMERY, G. **Terapia Cognitiva da depressão**. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BLEGER, José. **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOMTEMPO, E. **Aprendizagem e brinquedo**. In: WITTER, G.P. e LOMÔNACO, J.F. *Psicologia da aprendizagem: áreas de aplicação*. São Paulo: EPU, 1987.

BORUCHOVITCH, E. As variáveis psicológicas e o processo de aprendizagem: uma contribuição para psicologia escolar. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, vol. 10 (1), pp. 129-139, 1994.

BOWLBY, J. **Apego e Perda**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1976.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente** - Lei Federal nº 8069/1990.

BRENT, D. A. Depression and suicide in children and adolescents. **Pediatrics in Review**, 14 (10): 380-8, 1993.

CAMPO, O. A. P. *et al.* **O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio: Estudos Brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991a.

CRUVINEL, M. **Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento Humano) Universidade Estadual de Campinas: 2003.

CURATOLO, E. Estudo da sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. **Arquivos de neuropsiquiatria**. vol. 59 (suplemento 1), pp. 215, 2001.

CUSTÓDIO, E. M. Capítulo 1: A história da pós-graduação em Psicologia da Saúde da UESP. **Universidade Metodista de São Paulo**, 2003. Organização; Oliveira, V.B. de, Yamamoto, K (orgs.).

DAMÁSIO, A. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DAMÁSIO, A. **O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DAMÁSIO, A. **Em busca da Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

EIZIRIK, M. F. Instituição, educação e trabalho: elementos para uma dialética de transformação. **Psicologia, Ciência e Profissão**, pp. 28-32, 1988.

FREUD, S. 1914. **Obras completas de Sigmund Freud**. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOLLEMAN, D. **Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOLFETO, J. H.; VEIGA, M. H.; SOUZA, L. e BARBEIRA, C. B. S. Inventário de depressão infantil (CDI) - Análise estatística em uma amostra de escolares de 7 - 14 anos de Ribeirão Preto: **Arquivos de neuropsiquiatria**, vol. 59. (Suplemento 1), p. 183, 2001.

GOUVEIA, R. V.; BARBOSA, G. A.; ALMEIDA, H. J.; GAIÃO, A.A. Inventário de depressão infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa – **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 44 (7), pp. 345-349, 1995.

GRÜNSPUN, H. **Distúrbios Psicossomáticos da criança - o corpo que chora**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

HUTZ, C. S. (Org) *et. al.* **Situações de risco e vulnerabilidade na Infância e na Adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

HUTZ, C. S. e DELL'AGLIO, D. D. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, vol. 17 (3), pp. 351-357, 2004.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2005. <Disponível em <http://www.ipea.gov.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2005.

KISHIMOTO, T. M. **O jogo e a educação infantil**. São Paulo: Pioneira, 1994.

KLEIN, M. **Psicanálise da criança**. São Paulo: Mestre Jou, 1975.

KOVACS, M. The children's depression inventory (CDI). **Psychopharmacology Bulletin**, 1985; 21(4): 995-8.

KOVACS, M. **Children Depression Inventory CDI: Manual**. New York: Multi-Health Systems, Inc. 1992.

LAPASSADE, F. A. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.

LIPPI, J. R. S. **Depressão na Infância**. Belo Horizonte, MG: JRS, 1985.

- OLIVEIRA, V. B. **O símbolo e o brinquedo - a representação da vida**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1992.
- OLIVEIRA, V. B.; BOSSA, N. A. (orgs). **Avaliação Psicopedagógica da criança de sete a onze anos**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1996.
- OLIVEIRA, V. B., BOSSA, N. A. (orgs). **Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos**. 8. ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1999.
- OLIVEIRA, V. B. **O brincar e a criança do nascimento aos seis anos**. 3. ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2000.
- OLIVEIRA, V. B. **Avaliação psicopedagógica da criança de sete a onze anos**. 11 ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2003.
- OLIVEIRA, V. B. **Jogos de regras e a resolução de problemas**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2004.
- OMS (Organização Mundial da Saúde). **Violence and health**. Geneva, Suíça: **World Health Statistics Quarterly do World Health Organization**, 1993.
- PAIN, S. **Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
- PIAGET, J. **Psicologia de la inteligência**. Buenos Aires: Editorial Psique, 1964.
- PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1964.
- PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar [trad. A. Cabral], 1971.
- PIAGET, J. **Epistemologia Genética**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- PONTES, F. A. R.; MAGALHÃES, C. M. C. A Transmissão da Cultura da Brincadeira: Algumas Possibilidades de Investigação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, 16(1), pp. 117-124.
- RUTTER, M. Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 36, pp 549-571, 1995.
- SOIFER, R. **Psiquiatria Infantil Operativa**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1965.
- SPITZ, R., & NISSEN, G. **Depressiones em la infancia y adolescencia**. Triangulo 21 (22-3): 73-87, 1983.

STEINBERG, L. **Adolescence**. New York, Mc Cram Hill, 2. ed. , 1989.

STERNBERG, R. J. **Psicologia cognitiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura), 1997.

VIANA, S. A.; VOTTA, L. C.; FELÍCIO, J. L.; FU, L. Configuração psicodinâmica de crianças deprimidas. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, vol. 59 (1), pp. 210, 2001.

WEIZ, J.R.; THURBER, C.A.; PROFFITT, V.D.; SWEENEY, L.; LEGAGNOUX, G. L. Brief Treatment of Mild- to- moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. **Journal of consulting and clinical psychology**. vol.65(4), pp. 703. 707, 1997.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1963.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Trad. J. O. A. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. (original publicado em 1971)

WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência** . São Paulo: Martins Fontes, 1987.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Trad. J. L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Orgs.) **Explorações Psicanalíticas: DV Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ANEXOS

Anexo 1. FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Aluno:

Sexo:

Escolaridade

Data de nascimento:

Idade:

Data de abrigamento:

Tempo de abrigamento:

Queixas escolares:

Anexo 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

Consinto em participar do estudo _____

que tem por objetivo _____

Fui informado(a) que será utilizado para a coleta de dados _____

e que este estudo tem caráter acadêmico e será coordenado por _____

Prof(a) da Universidade Metodista de São Paulo. Declaro, ainda, ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem psicológica ou física e que minha privacidade será preservada. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido o sigilo sobre a minha participação. Estou também ciente de que poderei, a qualquer momento, comunicar minha desistência em participar do estudo.

(Local e data)

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável

Documento de Identificação _____

Assinatura do coordenador da pesquisa

Anexo 3

ROTEIRO

I- Identificação do funcionário

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Grau de instrução:

Filhos:

Data de nascimento:

Estado civil:

Tempo no abrigo:

- Quais as principais dificuldades encontradas na sua função ?
- Que sugestões você tem para melhorar o trabalho na instituição ?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)