**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC/SP**

**REINALDA MELO DA MATTA**

# TRAUMA EM CRIANÇAS E ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL:
## Avaliação e Transformação por meio do Processo Psicoterapêutico da Terapia do Sandplay

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**Núcleo de Estudos Junguianos**

**SÃO PAULO**

**2015**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUC/SP**

**REINALDA MELO DA MATTA**

# TRAUMA EM CRIANÇAS E ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL:

## Avaliação e Transformação por meio do Processo Psicoterapêutico da Terapia do Sandplay

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**Núcleo de Estudos Junguianos**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profª Drª Denise Gimenez Ramos.

**SÃO PAULO**

**2015**

# ERRATA

**MATTA, R. M.** – Trauma em Crianças em Acolhimento Institucional: Avaliação e Transformação por meio do Processo Psicoterapêutico da Terapia do Sandplay. 145 p. Tese – Doutorado em Psicologia Clínica, Núcleo de Estudo Junguianos. PUC-SP.

| **Onde se lê** | **Leia-se** | **Página** | **Parágrafo** | **Linha** |
|---|---|---|---|---|
| e Acolhimento Institucional (Título) | em Acolhimento Institucional | Capa<br>Lombada<br>Folha de Rosto<br>Folha de Aprovação | | |
| ali mentos | alimentos | 109 | 1° parágrafo | 5 |
| emEm | em | 116 | 1° parágrafo | 2 |
| tê | têm | 116 | 3° parágrafo | 3 |
| | | | | |
| | | | | |

REINALDA MELO DA MATTA

TRAUMA EM CRIANÇAS E ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: Avaliação e Transformação por meio do Processo Psicoterapêutico da Terapia do Sandplay

**Objetivo:** Investigar se crianças que vivem em Instituições de Acolhimento, vítimas de trauma em uma ou mais das seguintes circunstâncias: negligência, abandono, maus tratos, abuso físico, psicológico e/ou sexual, e que apresentam sintomas clínicos relacionados aos fatores internalizantes (ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas) e/ou externalizantes (violação de regras e comportamento agressivo) e Total de Problemas, exibem melhoras nesses fatores, assim como na capacidade de percepção, análise visoespacial e abstração de um conceito bem como na sensação subjetiva de bem-estar, após tratamento psicoterapêutico com a Terapia do Sandplay (TS),

**Área de Concentração:** Psicologia Clínica

**Data de aprovação:** ___ de _____ de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

_____

Professor Dr. José Francisco Assumpção Jr. (USP-SP)

_____

Professor Dr. Marcelo Feijó de Mello (UNIFESP)

_____

Professora Drª Ceres Alves Araújo (PUC-SP)

_____

Professora Drª Edna Maria Peters Kahale (PUC-SP)

_____

Orientadora: Professora Drª Denise Gimenez Ramos (PUC-SP)

A vocês, crianças,
Silenciadas perante
O trauma que sofreram.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço do fundo do meu coração à Professora Drª Denise Gimenez Ramos, que me acompanha desde a realização do Mestrado. Sua orientação marcou-me pela generosidade, amizade, compreensão, incentivo e dedicação incansáveis perante cada desafio, no campo do conhecimento, campo esse em que se move com sabedoria, vitalidade e sensibilidade. Seu trabalho é reconhecido por todos que tiveram o privilégio de com ela aprender.

Às alunas da graduação de Psicologia da PUC-SP, cuja colaboração permitiu que formássemos "um time desbravando lugares nunca dantes conhecidos": Isadora Concenza, Claudia Leifert, Carolina de Castro Lemos, Olivia Benazzi, Fernanda Sodré e Iara Caldeira Amaral. A dedicação na avaliação das crianças e no atendimento ao grupo placebo foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às colegas Serafina Dumbra Toloni e Irene Maria Crespo, que amorosamente abriram espaço em suas agendas e atenderam às crianças com a Terapia do Sandplay. Suas contribuições, diretas e indiretas, além das discussões nas supervisões, enriqueceram esta investigação.

A todas as crianças que conheceram as instituições em que estive. Elas foram a razão da minha dedicação ao trabalho que desenvolvi, e com elas aprendi a compreender melhor a dor e seguir em frente.

Aos meus pais João (in memoriam) e Marta, pelo exemplo de coragem e ética. Eles me ensinaram que a vida vale a pena e que temos de lutar por aquilo em que acreditamos.

Aos meus filhos Silvia e Bruno, pelo apoio e presença em todos os momentos desta pesquisa. Com eles, sempre há razão para a alegria e o amor.

Ao Emerson e Monica, partes integrantes da família e que compreenderam e me apoiaram nesta pesquisa.

Ao Sylvio, companheiro na longa caminhada da vida, pelo incentivo a cada passo de minha trajetória na busca do conhecimento.

A todos os professores do Núcleo de Estudos Junguianos e Psicologia Psicossomática e Hospitalar, que acreditaram no trabalho e me apoiaram ao longo de todos estes anos.

Aos professores Dr. Francisco Assumpção Jr., Drª Ceres Alves Araújo e Drª Edna Maria Peters Kahhale, pelas contribuições na ocasião do Exame de Qualificação e pelo refinamento das ideias, por meio dos diálogos enriquecedores que mantivemos. Sua contribuição foi fundamental para o entendimento de questões relacionadas à pesquisa.

Aos colegas da Pós-Graduação em Psicologia Clínica, com os quais compartilhei o "caminho das pedras". Obrigada pela solidariedade e confiança.

À Josinete Poleto Cavassana, que abriu as portas junto ao Serviço de Proteção Especial.

A Zilah Daijo Kuroki, Fátima Leite e Isabel Bueno, que reconheceram a importância da pesquisa que foi desenvolvida nas Instituições de Acolhimento e não pouparam esforços para que efetivamente acontecesse.

Aos coordenadores dos abrigos onde a investigação se realizou e cujo empenho diante das dificuldades fez esta pesquisa acontecer.

Ao Professor Dr. Leandro Prearo, que realizou a análise estatística deste trabalho. Sua atenção e disponibilidade foram fundamentais para a compreensão de seus resultados.

À Fundação CAPES e PUC-SP, pela concessão da bolsa de doutorado, que possibilitou a realização desta pesquisa.

A todos aqueles que, nomeados ou não, estiveram presentes em minha vida. O estar com vocês possibilitou mudanças e transformações em mim.

**Menor Abandonado**

Cora Coralina

De onde vens, criança?
Que mensagem trazes do futuro?
Por que tão cedo esse batismo impuro
Que mudou teu nome?
Em que galpão, casebre, invasão, favela,
Ficou esquecida a tua mãe? ...
E teu pai, em que selva escura
Se perdeu, perdendo o caminho
Do barraco humilde? ...[1]

[1] CORALINA, C. *Poemas dos becos de Goiás e estórias mais*. São Paulo: Global, 1985.

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo investigar o efeito da Terapia do Sandplay (TS) no tratamento de crianças vítimas de trauma por abuso, negligência e abandono. A pesquisa foi realizada com 60 crianças que viviam em instituições de acolhimento em quatro cidades do Estado de São Paulo, com idades entre seis anos e seis meses a 10 anos, de ambos os sexos. Todas as crianças dentro desses critérios foram testadas pelo instrumento CBCL (Child Behavior Checklist for ages 6-18). Aquelas que apresentavam sintomas clínicos e/ou limítrofes relacionados a fatores internalizantes (ansiedade, depressão, retraimento e queixas somáticas) e/ou externalizantes (violação de regras e comportamento agressivo) e Total de Problemas foram selecionadas para esta pesquisa. As crianças foram divididas em três grupos: grupo experimental (GE), que recebeu a TS em 20 sessões semanais); grupo de controle (GC), lista de espera em 20 semanas e grupo placebo (GP), que recebeu terapia placebo em 20 sessões semanais. Os participantes foram testados em três momentos: T0 (antes da intervenção), T1 (20 sessões e/ou 20 semanas) e T2 (apenas para o GE, seis meses após o tratamento), por meio da utilização dos seguintes instrumentos: CBCL/6-18, WISC-III (2002), Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (subtestes Cubos e Vocabulário) e AUQEI (Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes). Os resultados da intervenção com a TS demonstraram que as crianças do GE apresentaram melhoras estatisticamente significativas, nos sintomas ligados aos fatores internalizantes, externalizantes e Total de Problemas. Essa mudança permaneceu após seis meses do término da terapia. No GC houve mudança significativa em relação aos fatores externalizantes, no entanto esta foi menor que no GE. O GE também apresentou melhoras significativas em relação aos dois grupos. Em T1 o GE apresentou melhoras no WISC vocabulário e em T2 no WISC Cubos. Não houve alteração no teste de qualidade de vida AUQEI que apresentou avaliação de boa qualidade de vida já em T0. Pudemos observar que, por meio da TS, os participantes desta pesquisa expressaram sua agressividade e emoções explosivas. As miniaturas, com seu potencial simbólico, e o brincar na areia facilitaram a conexão e a integração com aspectos inconscientes, reprimidos e defensivos, devido a vivências traumáticas. O brincar simbólico no espaço livre e protegido favoreceu a criatividade e imaginação, assim como a expressão de conteúdos traumáticos.



**Palavras-Chave:** Terapia do Sandplay, Crianças, Trauma complexo, Psicologia Junguiana, Abandono, Negligência.

## ABSTRACT

This study sets out to present research on the effect of Sandplay Therapy (TS) on the treatment of children suffering from trauma caused by abuse, neglect and abandonment. The research was carried out on 60 children living in childcare facilities in four cities in the State of São Paulo, both boys and girls aged from six years and six months to ten years. All the children within this age bracket were tested with the CBCL (Child Behavior Checklist for ages 6-18). Those who presented clinical and/or borderline symptoms related to internalizing factors (anxiety, depression, withdrawn and somatic complaints) and/or externalizing factors such as breaking rules and aggressive behavior, as well as total problems, were selected for this survey. The participants were tested in three different moments: T0 (before any intervention), T1 (20 sessions/weeks after T0) and T2 (six months after T1), with the following instruments: WISC-III (2002), the Wechsler Intelligence Scale for Children (cubes and vocabulary sub-tests) and the AUQEI test (a questionnaire to evaluate life quality in children and adolescents). The children were organised into three groups: an experimental group (EG, which received the ST), a control group (CG, the waiting list) and a placebo group (PG, which received placebo therapy). New evaluations using the same instruments were carried out as follows: in the EG after 20 weekly sessions with TS (T1) and six months after T1 (T2); in the PG and CG after 20 weekly sessions/weeks (T1). There was no T2 in the PG and CG. Results of the intervention with ST showed that children in the EG presented statistically significant improvement as regards symptoms related to internalizing, externalizing factors and total problems. This change prevailed six months after the therapy was concluded. In the CG improvement in externalizing factors was obtained in the aggressive behavior scale in T1. However, the EG presented a higher average of improvement in relation to CG in this scale.We observed that research participants expressed their aggressiveness and explosive emotions through ST.It was also found that the therapeutic process revealed not only the psychopathological dynamics, but also the children's potentiality and capacities. Building scenarios led to greater adaptability to the difficult circumstances faced by the participants. Miniatures, with their symbolic potential, and playing with sand facilitated connecting and integrating with unconscious aspects that were repressed and defensive as a result of traumatic experiences. Symbolic playing in a free and protected space favored creativity and imagination, as well as the expression of traumatic narratives. Results from T1 and T2 showed significantly reduced clinical symptoms and pathological forms of behavior.



**Keywords:** Sandplay Therapy, Children, Complex Trauma, Jungian Psychology, Abandonment, Negligence in Children.

## RÉSUMÉ

Cette recherche a pour but étudier l'effet de la thérapie de Sandplay (TS) dans la cure des enfants victimes des traumatismes par abus, négligence et abandon. La recherche a été menée auprès de 60 enfants qui vivaient dans des institutions d'accueil placées en quatre villes de l'état de São Paulo, âgés de six ans et six mois à 10 ans, des deux sexes. Tous les enfants au sein de ces critères ont été testés par l'instrument CBCL (Child Behavior Checklist for ages 6-18). Ceux qui présentaient des symptômes cliniques et / ou limites liées à des facteurs d'intériorisation (anxiété, dépression, retrait et plaintes somatiques) et / ou d'extériorisation (violation des règles et comportement agressif) et total des problèmes ont été sélectionnés pour cette recherche. Les enfants ont été divisés en trois groupes: groupe expérimental (GE, qui a reçu la TS en 20 séances hebdomadaires), groupe contrôle (GC, liste d'attente) et le groupe placebo (GP, qui a reçu un traitement placebo en 20 séances). Les participants ont été testés en trois moments: T0 (avant l'intervention), T1 (20 séances / 20 semaines) et T2 (uniquement pour le GE, six mois après le traitement). On a utilisé les instruments suivants: CBCL / 6-18, WISC-III (2002), échelle d'intelligence Wechsler pour les enfants (sous-tests cubes et vocabulaire) et AUQEI (Questionnaire d'évaluation de qualité de vie des enfants et des adolescents). Les résultats de l'intervention avec la TS ont montré que les enfants du GE ont présenté des améliorations statistiquement significatives en ce qui concerne les symptômes liés à des facteurs d'internalisation, externalisation et total des problèmes. Ce changement a persisté encore six mois après la fin du traitement. Dans le GC il y a eu un changement significatif par rapport aux facteurs d'extériorisation, toutefois cela a été plus faible qu'au GE. Le GE a également montré des améliorations significatives dans les deux groupes. En T1 le GE a présenté des améliorations dans le WISC vocabulaire et en T2 dans le WISC cubes. Il n'y a pas eu de changement dans le test de la qualité de vie AUQEI qui a montré l'évaluation d'une bonne qualité de vie déjà en T0. On a pû observer que, par l'intermédiaire de la TS, les participants de cette recherche ont exprimé leur agression et leurs émotions explosives. Les miniatures avec son potentiel symbolique, et le fait de jouer dans le sable ont facilité la connexion et l'intégration avec des aspects inconscients, réprimés et défensives, en raison des expériences traumatiques. Le jeu symbolique dans l'espace libre et protégé a favorisé la créativité et l'imagination, ainsi que l'expression de contenus traumatiques.



**Mots-Clés:** Thérapie du Sandplay, Enfants, Trauma complexe, Psychologie Jungienne, Abandon, négligence.

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

**Fotografia 1** – Tema: Ameaça/Coflito. Cena A1; J. Sexo: Masculino. Idade: 9 anos e 10 meses - 4ª sessão…… 102

**Fotografia 2** – Tema: Machucado/Ferido. Cena A1; E. Sexo: Masculino Idade: 9 anos e 10 meses - 4ª sessão E…….. 103

**Fotografia 3** – Tema: Negligência. Cena A1; A. Sexo: Masculino Idade: 9 anos e 10 meses - 2ª sessão……. 104

**Fotografia 4** – Tema: Defesa/Cisão. Cena A1; G. Sexo: Masculino Idade: 9 anos e 2 meses - 2ª sessão……. 105

**Fotografia 5** – Tema: Centralização. Cena B2; A. Sexo: Masculino Idade: 9 anos e 10 meses 19ª sessão…… 106

**Fotografia 6** – Tema: Integração. Cena B2; I. Sexo: Masculino Idade: 8 anos e 10 meses 20ª sessão……. 107

**Fotografia 7** – Tema: Nutrição. Cena B1; AC. Sexo: Feminino; Idade: 6 anos e 8 meses - 1ª sessão……. 108

**Fotografia 8** – Tema: Nutrição. Cena B2; AC. Sexo: Feminino; Idade: 6 anos e 8 meses -14ª sessão……... 109

**Fotografia 9** – Tema: Proteção/Cuidado. Cena B1; M. Sexo: Masculino Idade: 8 anos e 3 meses - 5ª sessão……... 110

**Fotografia 10** – Tema: Proteção/Cuidado. Cena B2; M. Sexo: Masculino Idade: 8 anos e 3 meses 20ª sessão……... 110

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** – Regiões dos abrigos, número e sexo das crianças participantes por grupo de pesquisa……..... 71
**Quadro 2** – Procedimento de avaliação T0, T1 e T2 para os grupos: GE, GC e GP… 74
**Quadro 3** – Procedimento de atendimento para o GE e GP…… 78

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 –** Descrição da amostra: distribuição por idade…… 80
**Tabela 2** – Descrição da amostra: sexo dos participantes…… 80
**Tabela 3** – Descrição da amostra: visitas de familiares……... 81
**Tabela 4** – Descrição da amostra: motivo de acolhimento…….. 81
**Tabela 5** – Descrição da amostra: tempo de acolhimento…… 82
**Tabela 6 -** Teste de normalidade das variáveis no momento T0 WISC-III – subtestes Vocabulário e Cubos…… 82
**Tabela 7 -** Teste ANOVA para verificação das diferenças entre os grupos no WISC-III (subtestes Vocabulário e Cubos), no momento T0…….. 83
**Tabela 8 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção WISC-III (subtestes Vocabulário e Cubos)…….. 83
**Tabela 9 -** Teste de normalidade da variável AUQEI no momento T0…… 84
**Tabela 10 -** Teste ANOVA para verificação das diferenças entre os grupos (AUQEI)……..... 84
**Tabela 11 -** Teste Qui-quadrado para verificação da associação entre os grupos (AUQEI)…….. 84
**Tabela 12 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (AUQEI bruto)……. 84
**Tabela 13 -** Teste de normalidade das variáveis do CBCL/6-18 em T0……... 85
**Tabela 14 -** Teste ANOVA para verificação das diferenças entre os grupos no CBCL/6-18 em T0……... 85
**Tabela 15 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18)…… 85
**Tabela 16 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Tempo de acolhimento até 12 meses……... 86
**Tabela 17 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Tempo de acolhimento superior a 12 meses…… 86
**Tabela 18 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Motivo de Acolhimento: "Negligência"…….. 87

**Tabela 19** - Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Motivo de Acolhimento: "Outros Motivos"…… 87
**Tabela 20** - Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Sexo masculino……... 88
**Tabela 21** - Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) - Sexo Feminino……. 88
**Tabela 22** - Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Idades de 6 anos e 6 meses a 8 anos e 11 meses…… 89
**Tabela 23** - Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Idades de 9 anos a 10 anos……... 89
**Tabela 24** - Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção – CBCL/6-18: Fatores Externalizantes……. 89
**Tabela 25** - Teste de normalidade das variáveis em T0, T1 e T2 - WISC-III (subtestes Vocabulário e Cubos)…….. 90
**Tabela 26** - Modelo Linear Geral para Medidas Repetidas WISC-III (subtestes Vocabulário e Cubos)…….. 91
**Tabela 27** – Comparação de Pares entre T0, T1 e T2 (WISC-III) subteste Cubos….. 91
**Tabela 28** - Modelo Linear Geral para Medidas Repetidas (CBCL/6-18)……... 92
**Tabela 29** – Comparação de Pares entre T0, T1 e T2 - CBCL/6-18: Fatores Externalizantes……..... 92
**Tabela 30** – Comparação de Pares entre T0, T1 e T2 - Total de Problemas……. 92
**Tabela 31** - Modelo Linear Geral para Medidas Repetidas (AUQEI bruto)…… 93
**Tabela 32** - Teste para verificação das diferenças entre as proporções de temas negativos (A1 e A2) e temas positivos (B1 e B2) da TS……... 99
**Tabela 33** - Teste para verificação das diferenças entre as médias de temas negativos (A1 e A2) e temas positivos (B1 e B2) da TS……... 100

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ARC- | Attachment, Self-Regulation and Developmental Competencies |
| AUQEI- | Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé |
| CAS- | Coordenadoria de Assistência Social da Região de Referência Familiar |
| CBCL/6-18- | Child Behavior Checklist for ages 6-18 |
| CDI- | Children's Depression Inventory |
| CONANDA- | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| COPS- | Coordenadoria de Políticas Sociais |
| ECA- | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| GC- | Grupo de Controle |
| GE- | Grupo Experimental |
| GP- | Grupo Placebo |
| H1,H2,H3,H4 e H5- | Hipóteses da Tese |
| HPA- | Hipotálamo-Hipófise-Adrenal |
| HTP- | House-Tree-Person Drawings |
| IPEA- | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| OMS- | Organização Mundial da Saúde |
| PUC-SP- | Pontifícia Universidade Católica de São Paulo |
| SAC- | Serviço de Atendimento às Crianças |
| SAICA- | Serviço de Acolhimento Institucionalizado para Crianças e Adolescentes |
| SMADS- | Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social |
| SNC- | Sistema Nervoso Central |
| SPE- | Serviço de Proteção Especial |
| T0- | Avaliação Inicial (antes da intervenção) |
| T1- | Avaliação após Intervenção |
| T2- | Avaliação após seis meses da T1 |
| TCC- | Terapia Cognitivo Comportamental |
| TCLE- | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TDI- | Transtornos Dissociativos de Identidade |

| | |
|---|---|
| TEPT- | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| TOC- | Transtorno Obsessivo Compulsivo |
| TPB- | Transtorno de Personalidade Borderline |
| TS- | Terapia do Sandplay |
| TS- | Transtorno de Somatização |
| UNICEF- | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| WISC-III- | Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – 3ª edição |

**SUMÁRIO**

**INTRODUÇÃO..... 19**

**1 INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO E CRIANÇAS ACOLHIDAS..... 23**

**2 A TRAJETÓRIA DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO.....30**

**3 O TRAUMA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL ..... 37**

**4 PESQUISAS SOBRE O EFEITO DA VIOLÊNCIA E DO TRAUMA NA INFÂNCIA ..... 40**

**5 TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE TRAUMA. ..... 47**

**6 TERAPIA DO SANDPLAY ..... 53**

6.1Complexos..... 56

6.2Símbolos..... 59

6.3O processo de transferência e contratransferência..... 61

6.4Transdução ..... 64

**7 MÉTODO..... 66**

7.1 Objetivo ..... 66

7.2 Desenho da pesquisa ..... 66

7.3 Hipóteses..... 67

7.4 Participantes..... 67

7.4.1Critérios de Inclusão.....67

7.4.2Critérios de Exclusão.....67

7.5 Procedimento para Escolha das Instituições de Acolhimento ..... 68

7.6 Local de Atendimento ..... 68

7.7 Seleção dos Participantes..... 69

7.8 Configurações dos Grupos..... 70

7.9 Instrumentos..... 72

7.9.1Instrumentos de Avaliação....72
7.9.2Material Técnico....73
7.10 Procedimento de Avaliação para o Grupo Experimental, Placebo e Controle....74
7.11 Procedimento de Atendimento....76
7.11.1 Grupo Experimental (GE)....76
7.11.2 Grupo Placebo (GP)....77
7.11.3 Grupo Controle (GC)....78
7.12 Cuidados Éticos....79

**8 RESULTADOS....80**
8.1 Análise Estatística....80
8.2 Descrição da Amostra....80
8.2.1Resultados das Avaliações....82

**9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ESTATÍSTICOS....94**

**10 RESULTADOS QUALI-QUANTI DA TERAPIA DO SANDPLAY E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS....98**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS....114**

**REFERÊNCIAS....117**

**ANEXOS....126**

**APÊNDICES....129**

# INTRODUÇÃO

> O abuso-vitimização de crianças consiste, pois, num processo de completa objetalização destas, isto é, de sua redução à condição de objeto de maus-tratos. Tal como no caso da vitimação, há várias maneiras de maltratar uma criança, de vitimizá-la, de abusar de sua condição, de domesticá-la. (AZEVEDO; GUERRA, 2007, p.35).

Sabemos que experiências traumáticas na infância podem causar danos irreversíveis à psique de crianças pequenas. Especialmente crianças vítimas de práticas abusivas por parte de seus cuidadores, podem ocorrer um bloqueio em seu desenvolvimento.

Diariamente os jornais mostram manchetes com elevado número de atos violentos contra crianças. Esse fenômeno exige uma reflexão e posicionamento em relação ao tratamento psicológico dessas vítimas.

Crianças que vivenciaram abandono, negligência, abuso físico, sexual e/ou psicológico podem ter dificuldade de verbalizar o acontecido e apresentam, na maioria dos casos, alterações comportamentais tais como ansiedade, retraimento, depressão, comportamentos agressivos e problemas relacionados à violação de regras, problemas afetivos, atitudes de oposição e desafio. Algumas crianças, inclusive, exibem sinais de estresse pós-traumático.

Essas crianças tiveram violados o seu direito à cidadania, foram afastadas de seus pais por incapacidade dos mesmos e a elas foi negado o direito ao desenvolvimento saudável. A presente pesquisa se enquadra nos múltiplos esforços que estão sendo realizados na sociedade sobre o tema ligado à violência contra as crianças, que é um fenomeno global presente em diferentes classes socioeconômicas.

Experiência clínica utilizando a Terapia do Sandplay (TS) tem revelado sua eficácia nos tratamentos de diferentes psicopatologias. Na dissertação de Mestrado (MATTA, 2006) foram apresentados três casos de crianças com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), que foram submetidas ao tratamento com a TS, com excelentes resultados. Após essa experiência, questionou-se se crianças que sofreram diferentes tipos de trauma não poderiam também se beneficiar com essa técnica. A reflexão e a pesquisa sobre o tema permitiram observar que, na literatura nacional e internacional, não existiam pesquisas com a TS em crianças vítimas da violência.

Pretendemos investigar se a TS pode promover mudanças nos comportamentos de crianças que foram vítimas de diferentes tipos de trauma. A importância do tratamento psicológico, como veremos, é confirmada por vários estudos que apontam a violência na infância como preditor de possíveis transtornos na fase adulta.

Inúmeros estudos também relacionaram Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), Transtorno de Somatização (TS), Transtornos Dissociativos de Identidade (TDI), e Alexitimia, a trauma precoce na infância (VAN DER KOLK *et al.*,1996; MAARANEN *et al.*, 2004; MAARANEN *et al.*, 2005).

Valente *et al.* (2008) enfatizaram que um dos fatores de vulnerabilidade ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pode ser uma história pregressa de trauma na infância. Segundo os autores, pesquisas acerca da interação gene/ambiente na origem das doenças mentais ganharam força a partir da observação de que os fatores ambientais específicos aumentam o risco do desenvolvimento de doenças mentais (por exemplo, situações como estresse materno, maus tratos em crianças, eventos estressantes de vida, envolvendo perda ou ameaça). Esses estudos também consideraram que a interação gene/ambiente poderia esclarecer as diferenças entre a resiliência ou vulnerabilidade presentes em diferentes indivíduos. Para os autores, dentre os fatores de risco de desenvolvimento de doenças mentais mais estudados, destacou-se o estresse precoce. É relevante destacar que, conforme os autores, algumas das funções adquiridas para a sobrevivência da espécie como a consolidação da memória de um evento traumático como efeito protetor na prevenção de um risco de vida, e que deveria propiciar ao indivíduo condições de reagir rapidamente diante de um agressor, acabam contribuindo para a perpetuação da memória na psicopatologia do TEPT, quando o indivíduo fica em constante estado de hipervigilância.

Mello *et al.* (2009) frisaram que as observações empíricas derivadas de ambientes clínicos psicanalíticos, psicoterapêuticos e de psiquiatria geral têm sugerido que os maus-tratos na infância possuem consequências a longo prazo, na saúde mental de adultos. Os autores salientaram que os maus-tratos na infância são um grande problema social e podem resultar em grave lesão física e até mesmo morte. Além disso, tendo em vista suas consequências psicológicas, podem afetar, de forma aguda, a saúde mental de uma criança até sua entrada na idade adulta. Os autores citaram quatro tipos de maus-tratos mais comuns: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional (ou psicológico) e negligência. Os maus-tratos na infância estão associados a um espectro diverso de consequências psiquiátricas. Em crianças e adolescentes, aumentam o risco de problemas comportamentais, incluindo comportamentos internalizantes

(ansiedade, depressão) e externalizantes (agressão, *acting out*). As crianças que sofreram maus-tratos possuem um risco maior de depressão, na adolescência e na idade adulta, espelhando parcialmente o contexto familiar no qual os maus-tratos ocorreram. Os autores apontaram que cerca de um quarto a um terço das crianças maltratadas registram critérios de depressão maior, quando chegam ao final dos 20 anos de idade, representando um problema substancial de saúde pública. Estudos recentes, de acordo com os autores, consideraram que muitos dos indivíduos com esse diagnóstico tiveram o início da depressão na infância, daí a importância de se concentrar na intervenção precoce, antes que os sintomas de depressão apareçam nas crianças abusadas e negligenciadas. A depressão é geralmente associada ao abandono, abuso físico e sexual. Outros transtornos psiquiátricos na idade adulta são frequentemente ligados aos maus-tratos na infância, tais como transtornos de personalidade, abuso ou dependência de álcool, transtornos alimentares, transtornos de ansiedade e TEPT. Os autores enfatizaram ainda a importância de medidas precoces e possivelmente preventivas, como o tratamento psicoterapêutico das crianças que sofreram algum tipo de trauma.

Sabe-se que, quando há muitas situações de risco associadas, elas dificultam o desenvolvimento psicológico, a aquisição de habilidades e o desempenho de papéis sociais. Os trabalhos acima citados justificam a importância do presente estudo, o qual se concentra no atendimento de crianças traumatizadas e acolhidas em Instituições de Acolhimento nas cidades de São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo e Mauá.

O objetivo desta tese é investigar se crianças que vivem em Instituições de Acolhimento, vítimas de trauma em uma ou mais das seguintes circunstâncias: negligência, abandono, maus- tratos, abuso físico, psicológico e/ou sexual, e que exibem sintomas clínicos relacionados aos fatores internalizantes (ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas) e/ou externalizantes (violação de regras e comportamento agressivo), após tratamento psicoterapêutico com a Terapia do Sandplay (TS), apresentam melhoras nesses sintomas, assim como na capacidade de percepção, análise visoespacial e abstração de um conceito e bem assim na sensação subjetiva de bem-estar. Para melhor compreensão do objetivo desta pesquisa, explicitaremos os seguintes capítulos:

O capítulo I focaliza dados relevantes sobre o número de Instituições de Acolhimento nas cidades de São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo e Mauá, juntamente com estudos sobre as Crianças Institucionalizadas.

O capítulo II aborda estudos sobre o Desenvolvimento Psicológico da Criança, do ponto de vista da Psicologia Analítica.

O capítulo III apresenta o Trauma no Desenvolvimento Infantil.

O capítulo IV contém a Revisão de Literatura sobre o Efeito da Violência e Trauma na Infância. Veremos como diferentes autores estabeleceram a relação entre esses temas, à luz de recentes pesquisas em neurociências.

O capítulo V enfoca pesquisas sobre Tratamento Psicológico em Crianças Vítimas da Violência e diferentes abordagens terapêuticas.

O Capítulo VI aborda a Terapia do Sandplay e as bases teóricas que a fundamentam. Por ser uma técnica não verbal, pode ser uma das possibilidades no tratamento de crianças vítimas de violência. Nesse capítulo, são discutidos conceitos importantes da psicologia analítica, que ocorrem no processo terapêutico: complexos, símbolos, transferência, contratransferência e transdução.

O capítulo VII trata do método da pesquisa.

Os capítulos VIII e IX contêm resultados estatísticos e sua análise.

O capítulo X retoma a TS, os temas comuns que surgiram e a análise qualitativa e quantitativa dos processos psicoterapêuticos, assim como a discussão sobre a clínica peculiar desenvolvida.

O capítulo XI indica as conclusões da pesquisa.

# 1. INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO E CRIANÇAS ACOLHIDAS

Ao pesquisar o trauma na infância, consideramos que crianças acolhidas provavelmente teriam sido vítimas de diferentes formas de violência e algumas talvez apresentariam sintomas clínicos descritos na literatura sobre o assunto. Desse modo, optamos por fazer uma investigação em Instituições de Acolhimento.

Atualmente, Instituições de Acolhimento é um nome genérico para designar estabelecimentos que acolhem crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou em situação de rua.

Numerosos autores pontuaram que a institucionalização emergiu como uma alternativa de prestação de cuidados em crianças e adolescentes que têm em sua trajetória de desenvolvimento situações adversas relacionadas à negligência e/ou abandono, abuso sexual e/ou psicológico e/ou físico.

Diferentes estudos nessa área permitiram acumular evidências empíricas a respeito do impacto desse acolhimento no desenvolvimento da criança. Tais pesquisas demonstraram que a experiência da falta de cuidados e a vivência institucional se articulam com resultados negativos posteriores, na trajetória do desenvolvimento (NELSON *et al.*, 2007; O'CONNOR; BREDENKAMP; RUTTER; The English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team, 1999; ZEANAH; SMYKE; KOGA; CARLSON; The Bucarest Early Intervention Project Core Group (BEIP), 2005).

Diversas investigações sobre crianças institucionalizadas revelaram uma maior prevalência de problemas comportamentais e socioemocionais graves, no nível das relações com seus pares e com adultos. (CICCHETTI; TUCKER, 1994; FISCHER; AMES; CHISHOLM; SAVOIE, 1997).

Algumas características do contexto institucional, como menor atenção à prestação dos cuidados físicos e ao estabelecimento de relação afetiva e cuidados individualizados, estão presentes na Instituições de Acolhimento. A escassa estimulação motora sensorial e cognitiva tem sido associada com deficit significativos no desenvolvimento, tais como atraso no desenvolvimento da linguagem e de funções cognitivas e no crescimento físico e psicomotor. (NELSON *et al.*, 2007; VAN IJZENDOORN; JUFFER, 2006).

Alguns autores, como O'Connor *et al.* (2000) e Zeanach *et al.* (2005) apontaram que as associações entre esses trabalhos não são lineares. A presença (ou ausência) de recursos pessoais e sociais, a qualidade dos cuidados recebidos, o tempo de institucionalização e a idade

de entrada na instituição foram algumas das variáveis pesquisadas e que interferiram nos efeitos do acolhimento.

No Estado de São Paulo, as Instituições de Acolhimento são denominadas Serviço de Acolhimento Institucionalizado para Crianças e Adolescentes (SAICA), constituindo os locais onde as crianças e adolescentes vivem. Eles são cuidados por funcionários que exercem a função de orientadores socioassistenciais, os quais são responsáveis por suprir as necessidades básicas de alimentação, higiene, saúde, educação, afeto e organização da rotina diária das crianças. Esses orientadores trabalham em sistema de turno, havendo troca de funcionários ao longo do dia.

Diferentes estudos foram realizados, no Brasil, desvelando a realidade de crianças que vivem nas instituições de acolhimento: muitas delas têm família, entretanto, não recebem as visitas necessárias para a manutenção de um vínculo; outras têm pais que foram destituídos do pátrio poder e podem estar impedidos de ver os filhos nesse caso, essas crianças foram vítimas de algum tipo de violência por parte dos pais. Há as que foram abandonadas nos abrigos e cujos parentes não as reconhecem como parte da família. A grande maioria das crianças dessas instituições de acolhimento foi vítima de alguma violência. Esse é o quadro, como veremos, das crianças participantes desta pesquisa.

Parreira e Justo (2005) fizeram uma análise sobre a criança acolhida e o sentido da filiação. Os autores consideraram que, dentro da instituição de acolhimento, os menores aprendem, com o tempo, a lidar com regras e normas, com o poder constituído e com toda a "cultura" institucional, desenvolvendo estratégias de sobrevivência. Nesse ambiente, na opinião dos autores, as crianças criam "bons vínculos" com pessoas internas e externas à instituição, um vínculo que, segundo os autores, envolve sedução, caridade e piedade. No caso das instituições de acolhimento, a compaixão e o sentimento de piedade são mais visíveis no vínculo estabelecido pelos voluntários e, dentre eles, particularmente pelas chamadas "madrinhas adotivas", personagens típicas dessas instituições. A pergunta que os autores colocam é: o que essas pessoas estão investindo nessas crianças? Na opinião dos autores, o "cuidar" de uma criança abandonada nem sempre está vinculado a um exercício da cidadania, mas talvez à necessidade de buscar, nela, um afeto que lhe restitua algo sentido como perdido e esvaziado: a sua própria filiação. Sob essa perspectiva, a criança é sempre vista como objeto de satisfação do desejo do outro. Sua família, seu referencial, suas raízes culturais, éticas e étnicas se perderam, abrindo espaço para outros olhares desejosos, diversos e transitórios. Depois do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente, 2007), conforme Parreira e Justo, proliferaram as "casas-instituição de acolhimento", destinadas a acolher crianças desamparadas

ou tuteladas pela justiça, porém, com o claro propósito de servir de instituição de acolhimento temporário, e não de moradia fixa, como era o caso dos orfanatos.

Barros e Flamenghi Júnior (2007) realizaram um estudo etnográfico que tinha como objetivo observar as interações estabelecidas entre as crianças e suas cuidadoras, no ambiente de uma instituição de acolhimento. O estudo foi desenvolvido numa instituição de acolhimento para crianças e adolescentes de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, com 20 crianças com idades entre dez meses a cinco anos e nove meses, de ambos os sexos, sob a supervisão de seis cuidadoras. Estas cumpriam uma rotina de trabalho de doze horas diárias, em dias alternados, sendo sempre as mesmas três cuidadoras em um dia e outras três no outro, o que significava que cada monitora tinha, em média, seis crianças para cuidar. O tempo de acolhimento variou de um mês a quatro anos e quatro meses, e os principais motivos da institucionalização eram negligência seguida de maus-tratos físicos. Os autores observaram que a relação entre monitora e criança parecia estar envolta em uma atmosfera de repreensão e autoritarismo. Na contramão disso, os autores relataram a importância do ambiente em que a criança está inserida como propulsor de saúde psicológica. De fato, a instituição de acolhimento falha por não oferecer às crianças a segurança afetiva necessária para seu desenvolvimento. A instituição apresentava deficiências, principalmente no que dizia respeito à formação e capacitação de suas cuidadoras: parecia que não só as crianças, mas também elas estavam desamparadas, desconhecendo as necessidades de carinho e afeto das crianças. Os autores sugeriram a melhoria do trabalho das monitoras da instituição de acolhimento, bem como um apoio maior por parte da coordenação e direção da instituição, no sentido de privilegiar sua capacitação, tendo como objetivo fundamental a preparação para o desempenho da função, a fim de promover o desenvolvimento saudável das crianças acolhidas.

Ainda no mesmo tema, Prada *et al.* (2007) conduziram um estudo em instituições de acolhimento nas cidades de Curitiba e Santos, pretendendo analisar a rotina de funcionamento dessas instituições nessas localidades. Em Curitiba e Santos participaram 30 crianças de uma instituição de acolhimento tradicional e outra com característica de “casa lar”, juntamente com os responsáveis por essas instituições. As autoras constataram que um número reduzido de crianças por cuidador era respeitado na maioria das instituições. Contudo, outros aspectos, como o respeito à individualidade e inserção na comunidade não tinham sido concretizados por todas as instituições, verificando-se a presença de punição em uma das instituições de acolhimento analisadas. Na opinião das autoras, as mudanças ocorreram e continuam acontecendo, embora as pesquisas mostrem que ainda há discrepâncias importantes quanto à qualidade do cuidado e da proteção oferecida pelas instituições de acolhimento. Para as autoras,

é fundamental proporcionar um ambiente saudável, com as condições de higiene e alimentação necessárias para um desenvolvimento global adequado da criança e do adolescente, mas a instituição de acolhimento deve dispor de fatores de proteção permanentes, em suas características físicas e humanas.

Alexandre e Vieira (2004) realizaram um estudo que tinha por objetivo investigar se as crianças acolhidas desenvolviam apego entre si, e se esse apego podia ser semelhante ao do adulto-criança, uma relação constituída por um vínculo afetivo e recíproco, no qual, por exemplo os educadores satisfazem a necessidade dos que são cuidados. Assim, em concordância com o psicanalista Bowlby, os autores consideraram o apego como uma ligação contínua e íntima que a criança tem em relação ao cuidador ou à mãe, enquanto o comportamento de apego é qualquer forma de comportamento que uma criança tem como maneira de conseguir ou manter a proximidade com outra pessoa, por exemplo, a mãe. O apego e o comportamento de apego têm como característica comum o fato de que as duas pessoas em interação procuram a proximidade uma da outra. Nessa investigação, a amostra constituiu-se de 14 crianças de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 3 e 9 anos, atendidas em uma instituição de acolhimento privada localizada no litoral de Santa Catarina. Os autores levaram em conta, para análise, as seguintes categorias de comportamento: contato físico, olhar, falar, aproximar, rir e estender os braços. A partir dos resultados, concluíram que as crianças institucionalizadas que participaram do estudo mantiveram relações afetivas entre si, apresentando responsividade e comportamento similar ao que o psicanalista Bowlby considerou como indicadores de apego. Os dados apresentados nesse estudo revelaram aspectos relacionados ao apego entre os irmãos e com os pares. Os autores salientaram que as crianças demonstraram ser resilientes, o que pode estar associado ao fato de elas poderem contar com um conjunto de fatores de proteção, incluindo laços afetivos positivos com os irmãos mais velhos que viviam na mesma instituição, ou com seus funcionários. Na opinião dos autores, dizer que uma criança tem apego por alguém significa que ela tem uma forte disposição de buscar proximidade e contato com uma pessoa, sobretudo quando ela se encontra cansada, assustada ou doente.

Silva e Silva (2005), em pesquisa realizada entre 2003/2004[2], pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), em conjunto com o CONANDA (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente), constataram que a maior parte das crianças e

[2] Levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e promovido pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), em 2003 (IPEA/CONANDA, 2004)

adolescentes que vivem em situação de acolhimento institucional tem famílias, e a maioria delas não possui acesso a direitos sociais básicos. A amostra da pesquisa foi de 67% de um total de 4.847 abrigados em São Paulo e 87,7% de um total de 20.000 crianças e adolescentes em abrigos investigados em âmbito nacional.

Rocha (2004) destaca que o "Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede SAC[3]" encontrou cerca de 20 mil crianças e adolescentes vivendo nos 589 abrigos pesquisados em todo o Brasil, a maior parte deles situada na região Sudeste, que concentra 49,1% dos abrigos e 45% dos abrigados. Nessa região, o Estado de São Paulo é responsável por 1/3 das crianças e adolescentes abrigados. A autora apontou que os principais motivos do acolhimento das crianças e dos adolescentes pesquisados são: carência de recursos materiais da família (24,1%); abandono pelos pais ou responsáveis (18,8%); violência doméstica (11,6%); dependência química de pais ou responsáveis (11,3%); vivência de rua (7,0%); orfandade (5,2%); prisão dos pais ou responsáveis (3,5%) e abuso sexual praticado pelos pais ou responsáveis (3,3%). A maior parte das crianças e dos adolescentes que viviam nos abrigos não é órfã: 87% dos pesquisados têm família, sendo que 58,2% mantinham vínculo com seus familiares, embora afastados da convivência, já que as famílias os visitavam periodicamente. Outros 22,7% não tinham vínculo familiar constante; embora conhecida e localizada, a família raramente aparecia para visitar o abrigado. Cerca de 5,8% dos pesquisados, apesar de terem família, não podiam contatá-la em função de impedimento judicial. As crianças e os adolescentes "sem família" ou com "família desaparecida" que viviam nos abrigos pesquisados representaram apenas 11,3% do total. Na perspectiva da autora, as razões que levam uma criança ou um adolescente que tem família, com a qual mantém vínculo constante, a viver em uma instituição de abrigo ainda estão longe de ser conclusivas. Rocha (2004) apontou a pobreza como principal motivo para o acolhimento, entretanto, isso não é suficiente para explicar as razões que levam algumas famílias pobres a abandonarem seus filhos em instituições e, outras, da mesma classe social, continuarem se responsabilizando pelos cuidados com sua prole. Para a autora, os dados revelaram que a pobreza, ao aumentar a vulnerabilidade social das famílias, pode potencializar outros fatores de risco, contribuindo para que crianças e adolescentes pobres tenham mais chances de passar por episódios de abandono, violência e negligência. Das crianças encontradas nos abrigos, apenas uma minoria (10,7%) estava judicialmente em condição de ser adotada. A grande maioria ainda mantinha vínculo judicial com suas famílias de origem. A autora salienta que, em relação ao tempo de permanência no

[3] Rede SAC/Abrigos para Crianças e Adolescentes.

abrigo, os dados encontrados dão conta de que mais da metade das crianças e dos adolescentes pesquisados (52,6%) viviam nas instituições há mais de dois anos, sendo que, dentre elas, 32,9% estavam nos abrigos por um período entre dois e cinco anos; 13,3%, entre seis e 10 anos; e 6,4%, por um período superior a 10 anos. Nessa pesquisa, o perfil das crianças e adolescentes encontrados nos abrigos pesquisados mostrou características de exclusão social, já que eram, na maioria, meninos entre as idades de 7 a 15 anos, negros e pobres. De acordo com essa investigação, no Brasil como um todo, as duas instituições que mais encaminharam crianças e adolescentes aos abrigos foram os Conselhos Tutelares e as Varas da Infância. Outras instituições também se destacaram no encaminhamento de crianças aos abrigos, como o Ministério Público e a própria família do abrigado.

Abaid *et al.* (2010) efetuaram um estudo que investigou eventos de vida estressantes, variáveis psicossociais e preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. Participaram do estudo 127 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 7 e 16 anos, os quais viviam em instituições de acolhimento de proteção governamental na região metropolitana de Porto Alegre e frequentavam da 1ª à 8ª série do Ensino Fundamental de escolas públicas. Conforme as autoras, a institucionalização durante a infância e adolescência tem sido apontada como um evento de vida estressante e de risco para o desenvolvimento, que pode ter como consequência a depressão. Nesse sentido, as pontuações dos sintomas depressivos na amostra estudada foram bastante elevadas, indicando que, possivelmente, as rupturas familiares e os eventos estressores vivenciados pelas crianças e adolescentes institucionalizados, participantes desse estudo, estavam associados a repercussões prejudiciais no desenvolvimento psicológico.

Na cidade de São Paulo, a maioria das instituições de acolhimento tem convênio com a Prefeitura. De acordo com a Coordenadoria de Políticas Sociais (COPS), ligada à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), em março de 2014, a rede de atendimento[4] conveniada com a Prefeitura abrangia o total de 126 instituições distribuídas nas zonas Leste, Oeste, Norte e Sul da cidade de São Paulo, com a capacidade de atendimento de 2520 crianças, ou seja, 20 crianças por instituição.

Para a Defensoria do governo de São Paulo, em agosto de 2014[5] o número de abrigos existentes nas cidades da Grande São Paulo corresponde aos dados abaixo relacionados:

[4] Informação fornecida no dia 05/05/2014, por e-mail, com consentimento de Fátima Leite (SMADS).
[5] Disponível no site www.defensoria.sp.gov.br. Acesso em: 11 ago. 2014.

- ✓ Mauá (4)
- ✓ Santo André (10)
- ✓ São Bernardo do Campo (14).

Nos casos de institucionalização de crianças, os órgãos competentes observam o ECA (2007), que fixa diretrizes com relação às crianças que sofreram algum tipo de violência. O artigo 19 determina: "Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada à convivência familiar e comunitária". No entanto, os casos mais graves de violação de direitos e que expõem crianças e adolescentes a situações de risco pessoal, familiar ou social demandam uma ação extrema: o acolhimento. Assim, de acordo com o ECA (2007), o acolhimento é uma medida de proteção, provisória e excepcional. Em outras palavras, o acolhimento é uma medida de exceção, o último recurso a ser utilizado para o encaminhamento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, como fica claro no artigo três do estatuto: "A manutenção ou reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência".

Para melhor compreensão dos efeitos do trauma e do processo de acolhimento, no próximo capítulo, abordaremos o tema do desenvolvimento psicológico do ponto de vista da psicologia analítica e trauma na infância.

## 2. A TRAJETÓRIA DO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

Jung [1986b (1946)] destacou, em sua obra, que a criança está mergulhada no inconsciente dos pais. Na grande maioria das vezes, a interação da individualidade da criança com o seu ambiente será adequada e, em outros momentos, não será tão satisfatória, gerando frustração, importante no desenvolvimento da consciência.

> A criança se encontra de tal modo ligada e unida à atitude psíquica dos pais, que não é de causar espanto se a maioria das perturbações nervosas verificadas na infância devam sua origem a algo perturbado na atmosfera psíquica dos pais. (JUNG [1986b (1946)] par.80).

Na perspectiva da psicologia analítica, a criança não nasce uma *tabula rasa*, mas traz mecanismos básicos de sobrevivência, que supõem características específicas ao ser humano. Jung escreveu:

> O homem não nasceu *tabula rasa*, apenas nasceu inconsciente. Traz consigo sistemas organizados e que estão prontos a funcionar numa forma especificamente humana, [...] denominei este modelo instintivo, congênito e preexistente [...] de arquétipo. Esta é a imagem carregada com o dinamismo, que não podemos atribuir a um ser humano individual [...]. (JUNG [1989 (1909)] par.728-9).

Jung retomou a questão do termo *arquétipo* como uma camada inconsciente universal presente em todos os seres humanos:

> Na minha opinião é um grande equívoco supor que a alma do recém-nascido seja *tabula rasa*, como se não houvesse nada dentro dela. Na medida em que a criança vem ao mundo com o cérebro diferenciado, predeterminado pela hereditariedade e portanto individualizado, ela responde aos estímulos sensoriais externos, não com *quaisquer* predisposições, mas sim predisposições *específicas*, que condicionam uma seletividade e organização da apercepção que lhe são próprias (individuais) [...]. (JUNG [2002 (1936)] par.136).

Consideramos importante resgatar esse histórico, porque um dos autores que partiram do princípio proposto por Jung a respeito do arquétipo foi Fordham (2000), que dedicou seus estudos à infância e propôs uma teoria a respeito do desenvolvimento infantil. O autor levou em conta três conceitos importantes para a sua base teórica: ego, arquétipo e *Self*. Em sua prática clínica, Fordham observou a presença de imagens arquetípicas no mundo interno da

criança e elaborou a hipótese de um *Self* primário, original, presente e ativo no nascimento, que se divide na medida em que a criança desenvolve o relacionamento com o mundo externo, permitindo o surgimento da consciência. A esse processo denominou de-integração e reintegração, forças motoras que orientam a flutuação de um estado de aprendizagem que se abre para novas experiências. Durante essas experiências a criança mantém contato com o *Self*, ao mesmo tempo em que se aventura pelo mundo externo, acumulando experiências em ação motora e estimulação sensorial. O conceito de Fordham trouxe uma nova dimensão na compreensão do desenvolvimento psicológico da criança.

Fordham considerou o ego "[...] como a soma dos atos da percepção e das descargas motoras que são ou podem tornar-se conscientes". (2000, p.81). O ego pode ser tomado como o de-integrado mais significativo do *Self*. O autor, que introduziu o conceito do *Self* na psicologia infantil, descobriu a presença de símbolos do *Self* nos sonhos e fantasias de crianças. Fordham (2000) justificou que a ideia do *Self*, "[...] como integrador, não dá lugar à emergência de sistemas parciais cuja existência é motivada pelas pulsões dinâmicas padronizadas e pelos estímulos ambientais [...]" (FORDHAM, 2000, p.85). A partir da nova noção de *Self*, como um sistema dinâmico e que se articula com o ambiente, o autor pontuou:

> A concepção de Self como entidade primária, a soma dos sistemas parciais, e a introdução da ideia de que eles podem deintegrar-se e voltar a integrar-se ao Self poderia explicar a possibilidade de tratar uma criança pequena como uma unidade à parte dos pais. (FORDHAM, 2000, p.86).

De acordo com Fordham (2000), a entidade estabilizadora, inicialmente, é o *Self*, mas logo o ego contribui e garante que as sequências dinâmicas no *Self* não se revelem improdutivas e circulares, podendo, ao contrário, ser alteradas pela atividade do ego. Sem o ego, existiriam apenas reações de-integrativas arquetípicas repetitivas, as quais, apesar de serem adaptativas, não conduziriam a estruturas interativas permanentes.

O autor ressaltou algumas qualidades encontradas em um ego amadurecido:

- Percepção: baseia-se na consciência, todavia, nem todos os estímulos são totalmente percebidos pelo sistema nervoso e atingem o limiar da consciência.
- Memória: a despeito de ser um elemento essencial ao funcionamento mental, deve ser abordada com cuidado, pois algumas manifestações podem ser registradas com realismo, enquanto outras são estruturas complexas que mudam com o tempo.

- Organização de conteúdos mentais: relaciona-se às atitudes (introversão e extroversão) e às funções (pensamento, sentimento, sensação e intuição).
- Controle sobre a mobilidade: seria o controle sobre os atos impulsivos e os movimentos comuns.
- Teste da realidade.
- Fala.
- Defesas: incluem várias estratégias que são o resultado de situações conflitantes e podem ter como consequência a ansiedade. Algumas defesas, na primeira infância, têm origem em estados muito primitivos do *Self*, e correspondem à identificação projetiva e introjetiva e à idealização. Outras defesas surgem à medida que o ego se fortalece, como o isolamento, formação reativa e a racionalização. A identificação projetiva dá origem a estados descritos como identidade primitiva, *participation mystique* e fusão, assim como à formação de imagens arquetípicas.
- Capacidade de renunciar às funções de controle e organização do ego: necessidade do ego consciente de reconhecer outros poderes, que são representados nas formas arquetípicas, dentro da psique, além da subserviência ao *Self*.

Em termos de psicopatologia, Fordham (2000) enfatizou que a frustração e o choque entre as funções arquetípicas e o mundo externo são necessários e estimulam o aumento da consciência. Entretanto, quando surge um grande sentimento de raiva e decepção que o bebê não consegue suportar, ele se sentirá fragmentado e incapaz de lidar com seus impulsos internos ou exigências externas. Os distúrbios ocorreriam no fracasso da integração dos processos de-integrativos e reintegrativos, ocasionando duas possibilidades: o enfraquecimento do ego ou a criação de uma couraça contra o mundo. Os conceitos de de-integração e integração podem ser assim compreendidos:

> [...] o Self primário ou original do bebê é radicalmente perturbado pelo nascimento, no qual o psicossoma é invadido por estímulos tanto internos como externos, que dão origem a ansiedade prototípica […] em seguida estabelece-se um estado estável...a sequência repete-se sem cessar durante o amadurecimento e as forças motoras que estão atrás são chamadas de-integrativas e integrativas. (FORDHAM, 2000, p.89).

Recentes pesquisas sobre a teoria do apego, o campo da neurociência e psicologia de desenvolvimento apoiam a opinião de Jung sobre o processo de individuação que, para ele, tem

dois aspectos importantes: “[...] o processo interior e subjetivo de integração e o processo objetivo de relação com o outro [...]” (JUNG, [1988 (1935)], par.448).

Outros autores que pesquisaram a respeito do apego frisaram a importância da ligação emocional que se constela na relação entre o bebê e o seu cuidador, a qual permeia o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da criança.

Bowlby (1984), a partir de uma perspectiva etológica, constatou que os bebês, assim como outros animais (pássaros, babuínos e chimpanzés), experimentam um “período sensível”, em que estão mais predispostos a formar o vínculo com suas mães. Os bebês revelam esse vínculo chamado apego, por meio de diferentes comportamentos como sorrir, chorar, sugar o polegar, olhar em direção à mãe, buscar proximidade e ficar junto, com a intenção de atrair a atenção da mãe para perto deles.

> Nenhuma forma de comportamento é acompanhada por sentimento mais forte do que o comportamento de apego. As figuras para as quais ele é dirigido são amadas, e a chegada delas é saudada com alegria. (BOWLBY, 1984, p.224).

Para o autor, uma ameaça de perda da figura principal de apego gera ansiedade e tristeza profunda.

Schore (2001), entre outros, salientou que os primeiros relacionamentos afetivos da criança com seus pais ou educadores são fundamentais para o seu desenvolvimento emocional. Esse relacionamento interativo é de grande importância no desenvolvimento infantil e ajuda a criança a desenvolver a capacidade de regular o afeto; gestos espontâneos e tom de voz emocional desempenham um papel essencial nessa interação emocional inconsciente. Outros autores também enfatizaram a importância da experiência interpessoal nos estudos de regulação do afeto (SCHORE, 2003; SIEGEL, 1999; KNOX, 2003, 2011).

Segundo Siegel (2003, p.38) alguns aspectos importantes podem ser encontrados na relação mãe-criança ou em qualquer outra relação onde se desenvolva a confiança:

- A comunicação contingente, que envolve a percepção dos sinais emitidos pela criança, a compreensão do que eles significam para ela e o oferecimento de uma resposta adequada a tempo. A criança experimenta a sensação de “ser percebida” pelo cuidador e de que sua mente está contida pelo cuidador. Os sinais são igualmente não verbais e incluem contato visual, expressão facial, tom de voz, gestos, posturas, temporalidade e intensidade da resposta.

- O diálogo reflexivo: quando os pais se envolvem na discussão tanto dos eventos objetivos quanto dos conteúdos da própria mente da criança e seus processos mentais, como pensamentos, sentimentos, sensações, percepções, memórias, atitudes, crenças e intenções.
- Reparação: sintonia/ruptura/nova sintonia: a reparação é um processo interativo que pressupõe a compreensão da desconexão entre pessoas diferentes e uma tentativa de seguir adiante e reconectar-se.
- Comunicação emocional: o compartilhamento e amplificação das emoções positivas, tais como alegria e excitação, e a amenização das emoções negativas, tais como medo e raiva. O compartilhamento das emoções permite que a criança aprenda que as emoções são toleráveis, produzindo uma sensação de intimidade. Muitas vezes, é mais importante refletir uma emoção negativa da criança do que resolver o problema. Desse relacionamento desenvolvem-se a autorregulação, a flexibilidade emocional, o bom funcionamento social e as habilidades cognitivas.

Siegel (2003) contrapõe o que acontece no apego inseguro:

- Rigidez emocional, dificuldade nos relacionamentos sociais, prejuízo do desenvolvimento cognitivo, dificuldade de compreender a mente do outro, risco de estresse e predisposição à vulnerabilidade psicológica.
- Da figura central de apego se espera que seja fonte de proteção, apaziguamento, conexões e alegria. No caso do apego inseguro, o cuidador passa a ser fonte de terror e a criança não consegue buscá-lo para ser apaziguada.
- Resistência às mudanças e ao novo.

Para Assumpção Júnior (2000), a criança é um ser singular que constrói gradativamente seu mundo a partir de seu desenvolvimento afetivo que está relacionado com a interação que ela estabelece com o outro. O desenvolvimento cognitivo vai fornecer à criança o instrumental adequado para as inter-relações. Dessa forma, a criança vai construindo gradativamente as noções de eu, realidade, espaço e tempo, as quais são pilares importantes na existência do ser humano.

Atualmente, essas colocações estão sendo discutidas à luz da neurociência e da neurobiologia.

Cozolino (2010, p.179) pontuou que nascemos em relacionamentos e chegamos às identidades individuais baseados na conectividade social. O ser e o desenvolvimento ocorrem inseridos em interações mais ou menos estáveis, em relações de interdependência, "[...] o que afeta todas as áreas, da biologia às habilidades intelectuais [...]". O autor destacou que, do nascimento até a morte, cada um de nós precisa dos outros que nos procuram e cercam, que mostram interesse em descobrir quem são e proporcionam sensação de segurança. "Relacionamentos são o nosso habitat natural, enquanto que o cérebro isolado é um conceito abstrato [...]". Cozolino (2010) apresentou o conceito de sinapse social como um espaço que existe entre nós, afirmando que, quando se é capaz de se conectar com outras pessoas nutridoras, cujo cérebro esteja programado para aceitar o outro como uma extensão de si mesmo enquanto valor, mas diferenciado na categoria de outra psique, é possível estabelecer vínculos, relações de apego e sobrevivência.

> A capacidade da mãe de entrar em ressonância com os estados internos de seu filho, e traduzir seus sentimentos em palavras levará, eventualmente, a criança a desenvolver a habilidade de associar sentimentos com palavras. Enquanto a criança cresce o pareamento dos sentimentos com palavras estimula a integração entre as redes neurais verticais e horizontais, dedicadas à linguagem e às emoções. (COZOLINO, 2010, p. 181).

Portanto, vemos que, para os vários autores citados, a repetição de experiências interpessoais cria e fortalece trajetos neuronais os quais possibilitam o surgimento de novas capacidades. O relacionamento do bebê com seus educadores estimula ou inibe na criança a sua capacidade de provocar emoções no outro.

Knox (2011) sugeriu que o núcleo central da sensação de si mesmo enquanto potência jaz nos padrões de regulação de afeto. Esses padrões se integram de maneira estável numa sensação de continuidade própria que atravessa diferentes estados emocionais, o que contribui para o "desenvolvimento da autoria". Para a autora, o senso de autoria pode ser assim compreendido:

> Autoria refere-se à experiência de que somos capazes de influenciar nosso meio ambiente físico ou relacional, que nossas ações e intenções têm um efeito e produzem uma resposta naqueles que nos circundam, e que é esta experiência de ação e consequência que jaz no âmago das definições de autoria entre as disciplinas [...]. (KNOX, 2011, p.7).

Com base nas considerações dos autores citados, a questão que se coloca é como o processo de desenvolvimento do ego em crianças acolhidas pode vir a se desenvolver, já que

muitas provavelmente não vivenciaram um apego seguro e foram vítimas de trauma e violência. Para tanto, no próximo capítulo, analisaremos pesquisas sobre o trauma no desenvolvimento infantil.

# 3. O TRAUMA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Iniciamos este capítulo com um breve histórico de pesquisas sobre o efeito do trauma na infância e as consequências na saúde mental e física do adulto.

Van de Kolk e Fissler (1995) e Van der Kolk (2005a) formularam o conceito de "trauma complexo", o qual é baseado em transtornos no desenvolvimento: múltiplas exposições ao trauma interpessoal, tais como abandono da criança, agressões físicas e/ou sexuais envolvendo diretamente ou não terceiros (crianças) ou testemunho de violência doméstica têm consequências consistentes e previsíveis que afetam muitas áreas da vida. Se a relação cuidador-criança é fonte de trauma ou se a criança é impactada por outras exposições traumáticas, muitas competências ligadas ao desenvolvimento podem ser severamente perturbadas. Outro aspecto relatado pelos autores é que padrões de apego inseguros foram consistentemente documentados em até 90 % de crianças maltratadas. Uma relação de apego inseguro ocorre quando o cuidador principal está muito preocupado, distante, imprevisível, punitivo ou angustiado e não consegue ser confiável ou carinhoso. Na opinião dos autores, outros fatores, como adversidades socioeconômicas, conflitos familiares, psicopatologia do cuidador ou adicções, contribuem para reações do "trauma complexo" na criança. Tais experiências podem gerar: 1) a presença de emoções intensas, tais como raiva, sentimento de traição, medo, resignação, derrota e vergonha; e 2) esforços para afastar a recorrência dessas emoções, incluindo a prevenção de experiências que elas precipitam, ou o engajamento em comportamentos que transmitem uma sensação subjetiva de controle em face de ameaças potenciais. Essas crianças demonstram tendência a reviver seus traumas, quer como autores, na atuação agressiva ou sexual contra outras crianças, quer em reações de congelamento. A desregulação fisiológica pode levar a vários problemas somáticos, tais como dores de cabeça e de estômago, em resposta às emoções de medo. Essas crianças antecipam e esperam que o trauma irá se repetir e respondem com comportamentos de hiperatividade, agressividade, derrota ou congelamento. Todos esses problemas são expressos como disfunção em várias áreas de funcionamento: educacional, familiar, nas relações com os pares, em problemas com o sistema legal e em dificuldades na manutenção de postos de trabalho. Os autores consideraram que o trauma leva a uma codificação anormal dos elementos sensoriais e afetivos da experiência traumática, os quais, interpretados erroneamente, conduzem a fantasias onipotentes que defendem a pessoa contra a rejeição e a humilhação real ou temida.

Do ponto de vista da psicologia analítica, Kalsched (1996/2003) descreveu que defesas arquetípicas são ativadas no trauma. O autor destacou o papel de proteção vital das defesas dissociativas, quando uma pessoa é ameaçada com trauma intenso, dor psíquica ou ansiedade, que são graves o suficiente para provocar a desintegração psíquica ou "a destruição do espírito pessoal". Kalsched (1996/2003) sugeriu que o trauma produz uma fragmentação da consciência, em que uma parte da personalidade regride a um estado infantil e a outra parte avança em uma adaptação falsa e onipotente para o mundo exterior. Segundo o autor, fantasias infantis de grandiosidade e onipotência emergem como defesa da consciência da realidade do trauma, em uma criança pequena, tida como impotente, vulnerável e dependente. O autor definiu essas defesas como: de separação, identificação projetiva, idealização e mecanismos dissociativos. Para ele, mesmo as figuras de fantasia mais persecutórias cumprem função de proteção, no entanto, a psique tem de pagar um preço enorme para esse tipo de "defesa total", em que, uma vez que a defesa do trauma é organizada, todas as relações com o mundo exterior são selecionadas. Na verdade, o que era para ser uma defesa contra os traumas adicionais se torna uma grande resistência a todas as expressões espontâneas que possam surgir. “A pessoa sobrevive, mas não pode viver criativamente [...] "(KALSCHED, 1996, p. 4).

Knox (2003) expandiu a ideia de Kalsched (1996) a respeito do trauma. Na opinião da autora, Kalsched identificou o desenvolvimento das defesas arquetípicas com aspectos do inconsciente coletivo e do *Self* que são ativados na presença do trauma. Segundo Knox, na perspectiva do desenvolvimento, esses padrões primitivos de defesa podem explicar o surgimento de defesas de grandiosidade, as quais são ativadas pelo trauma. Essa explicação, conforme a autora, teria que recorrer a dois processos: o primeiro deles seria a construção de modelos internos de defesa, em que as fantasias oferecem algum tipo de relação significativa entre as experiências relacionadas ao trauma que, de outra forma, parecem assustadoramente aleatórias e caóticas. O outro processo, explicitado por Knox, é que as defesas não são apenas mecanismos de prevenção, mas também são construções ativas na forma de “narrativa”, criadas em imaginação e fantasia para apoiar um sentimento positivo de identidade e de valor pessoal, quando estes são ameaçados, por crueldade, hostilidade ou indiferença daqueles que deveriam amar e proteger a criança. Traumas desse tipo resultam na construção de narrativas imaginativas defensivas, que tornam a experiência para a criança mais suportável e menos ameaçadora em relação a sua identidade. Um aspecto dessa narrativa, na opinião da autora, é que a criança sente que a sua própria vulnerabilidade, ingenuidade e dependência foram a causa do trauma e, portanto, inconscientemente, condena e persegue qualquer fraqueza sempre que possa emergir. A criança, nessa situação, apresenta uma narrativa defensiva, com base na operação de um

modelo de trabalho interno em que experiências onde ela se sente ameaçada devem ser evitadas ou ela pode revivenciar abuso e castigo. Tais fantasias defensivas seguidas continuam a fazer parte integrante dos modelos de funcionamento interno do núcleo, que organizam o sentido do *Self* na relação com os outros e com o mundo. A autora afirma que o tipo de defesas primitivas que é ativado pelo trauma inclui a onipotência grandiosa da primeira infância, a qual poderia muito bem ser expressa como figuras mágicas ou aterrorizantes, cuja função de proteção pode assumir a forma de ataques no "espírito pessoal" descrito por Kalsched (1996/2003).

Por conseguinte, o trauma na infância pode ter na trajetória de desenvolvimento da criança importantes consequências associadas com alterações sensoriais e afetivas. Estas podem conduzir a fantasias onipotentes que defendem a pessoa contra sentimentos de rejeição e humilhação. Para uma melhor compreensão sobre esse tema, o próximo capítulo enfocará pesquisas sobre o efeito da violência e do trauma na infância.

# 4. PESQUISAS SOBRE O EFEITO DA VIOLÊNCIA E DO TRAUMA NA INFÂNCIA

Silva e Silva, (2005), em um estudo realizado para a Unicef (United Nations Children's Found/Fundo das Nações Unidas para a Infância), constataram que as estratégias de enfrentamento da violência, no Brasil, estão exigindo uma maior reflexão sobre questões que até agora não foram tratadas adequadamente. Uma delas refere-se à necessidade da compreensão da dinâmica de (re)produção da violência contra as crianças e quais os projetos de prevenção ou proteção que estão sendo desenvolvidos para esse público. A outra questão diz respeito à distância entre o movimento de luta pelos direitos da infância e a compreensão do fenômeno da violência contra a criança. De acordo com os autores, a desconsideração desses aspectos acabou criando uma distância muito grande entre as propostas para a redução da violência entre crianças e as práticas de enfrentamento da violência.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência se expressa através do:

> [...] uso intencional da força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002).

Na infância brasileira e internacional um dos maiores desafios concerne à violência doméstica. O relatório realizado para o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF (2006) levou em conta os seguintes tipos de violência doméstica: violência física, violência psicológica, negligência e violência sexual.

**Violência física**: emprego de força física no processo disciplinador de uma criança, por parte de seus pais ou de quem exerça o papel no âmbito familiar, como pais adotivos, padrastos e madrastas, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes. São comuns murros e tapas, agressões com diversos objetos e queimaduras causadas por objetos ou líquidos quentes.

**Violência psicológica**: presente nas outras formas de violência e caracterizada quando o adulto faz uso constante de ameaças, depreciações, rejeição, discriminação, desrespeito, punições exageradas e ataques verbais à identidade e autoestima da criança, ameaçando-a de

abandono e causando-lhe sofrimento psíquico. Esse tipo de punição não deixa marcas visíveis, mas marca por toda a vida.

**Negligência**: privação das necessidades básicas e vitais, físicas e emocionais da criança: nutrição, proteção, segurança, valorização e amor.

**Violência sexual**: todo ato ou jogo sexual, de relação hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos (parente de sangue ou afinidade e/ou responsável) e uma criança, com a finalidade de estimular sexualmente uma criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre a sua pessoa ou outra pessoa.

Hildyard e Wolfe (2002) consideraram a negligência a forma mais comum de violência. Os autores organizaram uma revisão de literatura abrangendo três períodos de desenvolvimento (pré-escolar, escolar e jovem adolescente em um período; os outros períodos foram adolescência e idade adulta). O principal objetivo da revisão foi buscar diferenças entre crianças negligenciadas e crianças que foram abusadas. As conclusões a que Hildyard e Wolfe (2002) chegaram foi que crianças negligenciadas podem ter sérios comprometimentos em curto e longo prazo, nos processos cognitivos, socioemocionais e comportamentais. Enquanto as crianças fisicamente abusadas revelaram mais comportamentos externalizantes (agressão), as crianças negligenciadas demostraram mais comportamentos internalizantes (depressão e retraimento). Dessa maneira, na opinião dos autores, as crianças negligenciadas e as fisicamente abusadas apresentam um desafio significativo em relação ao seu desenvolvimento e bem-estar.

Esses resultados são consistentes com pesquisa realizada por Viodres-Inque e Ristum (2008), na qual os autores descrevem que a violência sexual contra crianças e adolescentes ocorre entre familiares e conhecidos, tornando difícil a sua denúncia. Na infância e na adolescência, a escola pode ser um local ideal para detecção, intervenção e promoção de fatores de proteção capazes de diminuir a violência e seu impacto sobre o desenvolvimento. O trabalho desses autores teve como objetivo analisar casos de violência sexual, identificados ou revelados no contexto educacional, descrevendo suas formas, incidências, perfil da vítima, do agressor e do responsável pela identificação, assim como a circunstância da revelação. As autoras indicaram a presença de alguns comportamentos e sintomas psicológicos resultantes do impacto da vitimização sexual, tais como depressão, sentimento de culpa, comportamento autodestrutivo, ansiedade, isolamento, estigmatização, baixa autoestima, tendência à revitimização, abuso de substâncias, queixas somáticas, agressão, problemas escolares, TEPT,

comportamentos regressivos (enurese, encoprese, birras, choros), fuga de casa e ideação suicida. Esses sintomas podem aparecer na infância e se estender pela vida adulta. As autoras concluíram que as manifestações do TEPT na infância e adolescência são mais graves e comprometedoras, uma vez que as funções afetivas e cognitivas do sistema nervoso central não amadureceram e não foram ainda totalmente reguladas.

Stith *et al.* (2009) fizeram um estudo de metanálise sobre os fatores de risco na criança vítima de violência. Na opinião dos autores a violência em crianças é um problema social prevalente. O "Clearinghouse", Serviço Nacional de Abuso e Negligência de Crianças dos Estados Unidos, informou que, em 2002, aproximadamente 896.000 crianças foram vítimas de abuso infantil ou negligência. Nessa revisão de literatura, Stith *et al.* (2009) apontaram que, embora haja um grande número de estudos examinando os fatores de risco para maus tratos à criança, os resultados são inconclusivos. Os autores usaram um projeto de metanálise para determinar a força da relação entre cada risco e o fator de abuso. O foco dessa revisão foi limitado a dois tipos de maus tratos à criança: o abuso físico e a negligência infantil. Os autores ressaltaram que os maus tratos aconteceram no contexto familiar. Observaram que o fato de o agressor ser familiar mais próximo à criança acarretaria o efeito mais forte, assim como o ser agressor mais distante causaria menor efeito. Os resultados dessa metanálise evidenciaram que o conhecimento dos fatores de risco associados aos maus tratos na infância é de grande importância na avaliação do nível de risco para maus tratos no futuro e para a prevenção e tratamento.

Outro estudo de metanálise, conduzido por Wilson *et al.* (2009), expôs uma comparação quantitativa de 18 estudos (N = 18.245), avaliando a relação entre a infância, exposição infantil (antes dos 12 anos) à violência e comportamento antissocial do adolescente. Conforme os autores, a vitimização na infância é um fator de risco conhecido para a perpetração de atos de violência e a prevalência de trauma nos históricos de jovens delinquentes. Wilson *et al.* (2009) concluíram que a identificação precoce de crianças expostas à violência (tanto doméstica quanto na comunidade) e o desenvolvimento e difusão de intervenções e tratamentos baseados em evidências aceitáveis se tornaram o foco de diversas iniciativas de pesquisa financiadas pelo governo federal dos Estados Unidos.

Como foi verificado por Cloitre *et al.* (2009), a literatura sobre violência sugere que a quantidade dos diferentes tipos de trauma a que a criança é submetida pode ser um forte indicador de resultado negativo nas relações psicossociais e da possibilidade de vir a sofrer outras formas de vitimização interpessoal.

Hovens *et al.* (2010) investigaram a associação entre eventos de vida de infância, traumas de infância e a presença de ansiedade, ansiedade depressiva ou comorbidade e transtornos depressivos na idade adulta. Certos eventos de vida na infância (separação ou morte dos pais) não foram associados à psicopatologia. Entretanto, traumas na infância eram cada vez mais prevalentes: quanto maior a pontuação no índice de trauma, mais forte a associação com a psicopatologia ($P < 0,001$). Os autores concluíram que traumas na infância, em vez de eventos de vida, estão ligados à ansiedade e transtornos depressivos; as fortes associações com o grupo de comorbidade sugeriram que o trauma na infância contribui para a gravidade da psicopatologia. Esse estudo ressaltou a importância da conscientização sobre a possível presença de traumas na infância, especialmente em pacientes adultos com comorbidade de ansiedade e transtornos depressivos. Os autores citaram outras pesquisas que estão em sintonia com os resultados encontrados: abuso emocional na infância está mais fortemente relacionado com sintomas depressivos do que com os transtornos de ansiedade, enquanto o abuso físico e sexual apresentou uma associação de igual importância com ansiedade e transtornos depressivos. Hovens *et al.* (2010) ressaltaram que os diferentes tipos de traumas na infância têm sido frequentemente identificados como fatores de risco não específicos para transtornos psiquiátricos adultos. Negligência emocional, abuso psicológico, físico e sexual foram todos, de modo consistente, associados com a psicopatologia do adulto. A falta de inter-relações específicas entre trauma na infância e psicopatologia suportam, na opinião dos autores, a hipótese de vulnerabilidade geral para a psicopatologia em indivíduos expostos ao trauma na primeira infância.

Corroborando os dados acima levantados, Oswald *et al.* (2010), em sua revisão de literatura sobre crianças acolhidas, concluíram que elas apresentavam padrões de problemas no desenvolvimento e psicopatologias. A etiologia das desordens pode estar relacionada a um contexto de múltiplos fatores de risco, especialmente os maus tratos persistentes. Os principais problemas no desenvolvimento destacados nessa revisão de literatura estão ligados à desordem no apego, depressão e problemas de comportamento.

Um estudo orientado pela teoria ecológica da etiologia dos maus-tratos da criança foi conduzido por Dubowitz *et al.* (2011), e considerou múltiplos fatores de risco e interação no nível da criança, pais, comunidade e sociedade. Os autores utilizaram dados coletados durante a infância, extraídos de um grande estudo prospectivo que examinou os antecedentes e os resultados dos maus-tratos.O objetivo desse trabalho foi determinar a qualidade e a quantidade dos estudos existentes que avaliaram a relação entre a exposição das crianças à violência e delinquência na adolescência, de sorte a determinar a magnitude dessa relação. Apesar da

crença de que a exposição à violência na infância leva a um comportamento violento e criminoso na adolescência, a revisão da literatura dos autores revelou apenas um número limitado de estudos adequadamente projetados, os quais forneceram a evidência empírica para suportar essa relação. Um dos principais resultados dessa metanálise é que a relação entre a exposição à violência e delinquência é mais forte quando ocorre a vitimização, não apenas a exposição. Para os autores, testemunhar a violência tem sido associado a uma variedade de problemas psiquiátricos e de desenvolvimento, mas a ligação entre a exposição e o comportamento antissocial infanto juvenil não é confirmada pelos resultados dessa metanálise. Seus resultados sugerem que meninas e meninos expostos à violência na infância têm um risco aproximadamente igual de desenvolver comportamentos antissociais e, portanto, a programação para reduzir o comportamento antissocial entre os jovens expostos à violência deve ser alvo considerando ambos os sexos. Os autores salientaram o papel importante dos fatores genéticos na relação com influências ambientais. Estudos indicaram que fatores genéticos podem desempenhar papel significativo na resiliência. Conforme os autores, existe a necessidade de mais pesquisas sobre genética e fatores ambientais de proteção para crianças expostas a vários tipos de violência.

D'Andrea *et al.* (2012) pontuaram que uma variedade de sintomas pode representar a desregulação afetiva e comportamental em crianças que foram expostas à violência interpessoal. Os sintomas mais comuns são: labilidade emocional, anedonia,comportamento explosivo ou raiva súbita, comportamento agressivo e comportamento de oposição. Na opinião dos autores, os estudos disponíveis sugerem que as marcas da exposição à vitimização ou trauma interpessoal na infância podem constituir a base para um novo diagnóstico psiquiátrico. Amparando as conclusões dos autores anteriormente citados, o estudo de D'Andrea *et al.* (2012) indicou que os sintomas acima mencionados parecem estar interligados com TEPT e outras psicopatologias, na idade adulta. Para os autores, existe relação entre as anormalidades estruturais e funcionais em áreas do Sistema Nervoso Central (SNC) e sistemas neuro-hormonais que representam as vias-chave para a regulação da consciência, afeto e impulso, isto é, aspectos de funcionamento adaptativos encontram-se prejudicados em crianças e adultos que foram vítimas de trauma interpessoal, na infância.

Hodges *et al.* (2013) salientaram que a exposição a múltiplos traumas na infância está associada ao aumento de sintomas psicológicos que podem surgir mais tarde na vida. Nesse estudo, os autores examinaram a possibilidade de ocorrência de diferentes tipos de traumas (trauma cumulativo) vivenciados por crianças, articulados com a complexidade de sintomatologias. Os autores chegaram à conclusão de que crianças com história de exposição a

diferentes e múltiplos tipos de trauma têm maior probabilidade de manifestar uma sintomatologia mais abrangente do que aquelas com um histórico de traumas mais restrito. Os autores sublinharam que as intervenções junto a crianças com múltiplos traumas não devem ser focadas apenas no sintoma imediato, mas buscar reduzir a probabilidade de consequências complexas nos adultos.

Apesar de não ser o foco desta pesquisa, é importante citar alguns estudos nas áreas de neurobiologia e neurociências que apontam a influência da violência na infância nas estruturas neurológicas. Entre eles, ressaltamos os autores:

De Bellis *et al.* (1999a) e De Bellis *et al.* (1999b) consideraram que existe associação entre padrões de desordens mentais e neurobiologia, correlacionados com a violência. Para esses autores, experienciar a violência por um longo período de tempo provoca mudanças no eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal) e alterações nas estruturas cerebrais.

Glaser (2000), van der Kolk (1989) e van der Kolk *et al* (2005b) apresentaram pesquisas que relacionaram maus-tratos com alterações cerebrais. De acordo com os autores, o cérebro de uma criança que amadurece com experiências relacionadas a abuso e negligência influirá de uma forma adversa no seu desenvolvimento. Assim como a negligência, a falta de estimulação ambiental durante períodos críticos do desenvolvimento do cérebro pode levar a deficit permanente de habilidades cognitivas. Com efeito, tais deficit podem ser visíveis apenas mais tarde, quando a criança deverá ter amadurecido para uma tarefa específica. Esses deficit podem se manifestar em comportamentos como agressão ou hipervigilância.

Em concordância com os autores acima citados, McCrory *et al.* (2010) enfatizaram que os mecanismos neurobiológicos pelos quais os maus tratos na infância aumentam a vulnerabilidade à psicopatologia permanecem pouco conhecidos. Conforme os autores, é provável que uma complexa interação entre experiências ambientais (incluindo a má prestação de cuidados) e a composição genética de um indivíduo influenciem o desenvolvimento neurobiológico. Seus estudos indicaram que uma articulação entre a adversidade precoce e desenvolvimento atípico do eixo HPA em resposta ao estresse pode predispor à vulnerabilidade psiquiátrica na vida adulta. Os autores revelaram achados de neuroimagem de diferenças cerebrais estruturais e funcionais em crianças e adultos que sofreram maus tratos, expondo evidências de várias diferenças estruturais associadas com o estresse precoce, principalmente no corpo caloso em crianças e no hipocampo em adultos. Estudos funcionais têm relatado ativação atípica de várias regiões do cérebro, incluindo a diminuição da atividade do córtex pré-frontal.

Concluindo, diferentes autores, em suas pesquisas, salientam que o efeito do trauma e da violência na infância pode ser devastador e preditor de alterações neurobiológicas e psicopatológicas, na trajetória de desenvolvimento.

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas de técnicas que possam tanto prevenir quanto proteger a psique das crianças, com o objetivo de diminuir a incidência de transtornos psicológicos na idade adulta.

O próximo capítulo trata, então, de diferentes abordagens psicológicas que apontam nessa direção.

# 5. TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE TRAUMA

> *A cada dia que vivo mais me convenço que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca e que, esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade. A dor é inevitável. O sofrimento é opcional!*
>
> *(Carlos Drummond de Andrade)*[6]

Van der Kolk *et al* (2005b) pontuaram que, para se tratar o impacto do trauma complexo em crianças, é importante ter uma categoria diagnóstica que seja adequada à realidade dos sintomas clínicos, ao invés de continuar a contar com o diagnóstico de adultos com TEPT, ignorando os aspectos de desenvolvimento de ajuste à exposição ao trauma. Na opinião dos autores, a escolha sobre o tratamento de crianças traumatizadas deve ser discutida nas sociedades em todo o mundo, enfatizando-se a necessidade de se prestar assistência ativa para crianças e suas famílias, antes que caiam em padrões crônicos de desorganização e destrutividade contra si e contra os outros. As consequências da falta de tratamento podem ser: disfunção familiar, comportamentos criminosos, psicopatologias, doenças médicas e incapacidade para o trabalho. Os autores consideraram um grande desafio o desenvolvimento de intervenções eficazes para crianças traumatizadas, porque os mesmos fatores que colocam a criança em risco de exposição a eventos traumáticos também contribuem para um ambiente social instável. As crianças traumatizadas, segundo os autores, frequentemente vivem em condições prejudiciais para o seu desenvolvimento saudável, tais como pobreza, racismo, escolas inadequadas e violência na comunidade, as quais podem agravar a violência doméstica e a negligência. Van der Kolk *et al* (2005b) destacaram que o objetivo do trabalho terapêutico com crianças traumatizadas seria ajudá-las a entender que estão repetindo suas primeiras experiências e auxiliá-las a encontrar novas maneiras de enfrentamento, desenvolvendo novas conexões entre suas experiências, emoções e reações físicas. Para os autores, é imperioso que a criança adquira habilidades para lidar com sensações físicas desconfortáveis e consiga processar suas experiências traumáticas para desenvolver um espaço protegido onde possa "olhar" seus traumas, sem repeti-los e sem torná-los reais novamente.

---

[6] Poema "Viver não dói".

Howe (2005) assinalou que as técnicas de integração sensorial auxiliam as crianças a se sentirem calmas e descontraídas e a reconhecer, controlar e distinguir diferentes sensações. Com essa técnica, elas podem se autorregular em níveis mais elevados de processamento emocional, de comportamento e cognição. A integração física precede a integração emocional. Quando as crianças organizam as sensações, elas assumem controle sobre suas emoções e se preparam para o próximo nível de desenvolvimento da regulação emocional. O autor sugeriu que a utilização de técnicas não verbais é de grande relevância no tratamento de crianças traumatizadas. Howe (2005) cita a TS como uma das possibilidades de tratamento. Para ele, o tratamento de crianças traumatizadas não deve se iniciar com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), porque as terapias cognitivas comportamentais pressupõem que o córtex frontal consiga lidar com o sistema límbico emocional. Do ponto de vista do autor, terapias cognitivas iniciadas prematuramente podem levar a reações de fuga, luta e congelamento, sem apresentar os efeitos desejados em crianças traumatizadas.

Corroborando as posições de Howe (2005), van der Kolk (2005a), em sua pesquisa, não recomendou terapias verbais, porque estas podem ativar memórias implícitas, sensações físicas e fisiológicas ligadas ao trauma. Para o autor, essas sensações podem evocar fortes emoções como desamparo, medo, vergonha e raiva, assim como comportamentos relacionados aos fatores internalizantes e externalizantes.

Careta e Motta (2007) consideraram que o diagnóstico psicológico precoce em crianças acolhidas pode facilitar o emprego de intervenções psicoterapêuticas, a fim de contribuir para a sua recuperação psíquica e integração emocional, com o objetivo de atingir a saúde mental. Por meio dos prognósticos explicitados, as crianças podem ser encaminhadas para o devido atendimento psicoterapêutico, de modo a evitar possíveis cristalizações de defesas psíquicas e distúrbios acentuados de personalidade. As autoras enfatizaram que é fundamental que se pense, ainda, em técnicas psicológicas preventivas e interventivas aplicadas em instituições para atender às crianças em condições de acolhimento.

Hetzel *et al.* (2007) e Harvey e Taylor (2010) desenvolveram estudos, em metanálise, sobre resultados da psicoterapia no tratamento a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Diversos artigos representando diferentes abordagens de tratamento e a sua eficácia na redução dos sintomas foram considerados. Os resultados demonstraram que o tratamento psicológico após o abuso sexual na infância e na adolescência traz resultados melhores do que nenhum tratamento. A ludoterapia pareceu ser o tratamento mais eficaz para o funcionamento social, enquanto a TCC foi específica para abuso. A terapia de apoio em grupo ou individual foi mais eficaz para problemas de comportamento, enquanto a TCC familiar e individual

pareceu ser mais eficaz para a aflição psicológica e queixa específica. Os artigos estudados pelos autores apontaram que a TCC em grupo pareceu ser mais eficaz para a baixa autoestima. Os autores concluíram que a escolha da modalidade terapêutica deve depender do problema exposto pela criança e dos problemas secundários. Alguns resultados enfocados nesses estudos indicaram que o tratamento em geral do abuso sexual em crianças e jovens é muito benéfico, e os resultados se mantiveram seis meses após os tratamentos. Segundo os autores, futuras pesquisas com novos procedimentos terapêuticos e seus efeitos em crianças abusadas sexualmente são importantes, para que se determine qual tipo de abordagem psicológica poderá ser realizado em função dos diferentes tipos de sintomas que a criança ou o adolescente apresente.

MacDonald *et al.* (2011) realizaram uma revisão sistemática sobre a TCC em crianças abusadas sexualmente. Essa revisão teve como objetivo avaliar a eficácia dessa terapia no tratamento das sequelas imediatas e de longo prazo. Os autores destacaram que não existe um consenso geral sobre o que é abuso sexual infantil, e esse é um problema social que afeta um grande número de crianças e jovens em todo o mundo. Os efeitos do abuso sexual manifestam-se em uma grande variedade de sintomas, incluindo fatores internalizantes (medo, ansiedade, depressão), estresse pós-traumático e fatores externalizantes (problemas de comportamento) ou comportamento sexual inapropriado e risco aumentado de problemas psicológicos, na idade adulta. Dez ensaios, incluindo 847 participantes, foram verificados nessa revisão. Os dados sugerem que a TCC pode ter um impacto positivo sobre as sequelas do abuso sexual infantil, contudo, a maioria dos resultados não foi estatisticamente significativa. Os autores concluíram ressaltando a necessidade de mais pesquisas na área, com estudos estatisticamente mais consistentes.

Outros autores, como Mello *et al.* (2009), asseveraram que, por muitos anos, as observações empíricas derivadas de ambientes clínicos psicanalíticos, psicoterapêuticos e de psiquiatria geral têm sugerido que os maus-tratos na infância produzem consequências a longo prazo na saúde mental na idade adulta. Para os autores, é relevante e necessário um tratamento psicoterápico em crianças que foram vítimas de trauma ligado ao abandono, negligência e diferentes formas de abuso. O tratamento psicológico em crianças com sintomas de ansiedade e depressão, assim como dificuldades relacionadas a comportamentos agressivos, problemas sociais, escolares e queixas somáticas, poderia promover uma melhor qualidade de vida nessas crianças.

De acordo com Hovens *et al.* (2010), a prática clínica com intervenções precoces pode agir de forma preventiva no impacto negativo que o trauma na infância poderá ter na vida adulta.

Segundo os autores, os resultados sugerem que a psicoterapia pode ser um elemento essencial no tratamento de pacientes com história de trauma na infância. Os autores ressaltam que o trabalho terapêutico com pessoas traumatizadas envolve vários obstáculos. Assim, o contato humano e a sintonia são elementos fundamentais no controle fisiológico de autorregulação, mas, em pessoas que vivenciaram o trauma interpessoal, esse contato pode estar prejudicado, devido ao medo da intimidade, pois a promessa de proximidade e sintonia para muitas pessoas traumatizadas evoca automaticamente memórias implícitas de dor, traição e abandono. Intervenções precoces para a prevenção de transtornos depressivos e de ansiedade podem ajudar a reduzir a probabilidade de consequências psiquiátricas mais complexas nos adultos.

Arvidson *et al.* (2011), em estudo sobre a intervenção para o trauma, salientaram que o modelo ARC (Attachment, Self-Regulation and Developmental Competencies) para atendimento a crianças vítimas do trauma complexo apresenta boa eficácia e é fundamentado nas teorias sobre trauma e desenvolvimento. Para os autores, essa intervenção aborda especificamente três domínios fundamentais impactados pela exposição crônica no trauma interpessoal: o apego, a autorregulação e o desenvolvimento das competências. Em crianças pequenas, as experiências traumáticas podem ocorrer antes da aquisição das competências linguísticas. Essas crianças vítimas do trauma não têm as habilidades necessárias para processar o trauma, através de uma sequência verbal coerente ou narrativa. Nesse sentido, o processamento do trauma com crianças pequenas, muitas vezes, ocorre no momento em que a criança experimenta intensas reações fisiológicas, de sorte que a restauração da segurança interna acontece quando a angústia da criança é identificada, validada e modulada por um cuidador. Conforme os autores, esse processo é internalizado e, ao longo do tempo, constrói a capacidade de autorregulação eficaz. Por conseguinte, o modelo ARC cria uma sensação de domínio sobre uma experiência fisiológica, muitas vezes associada com falta de controle e de sofrimento extremo. Arvidson *et al.* (2011) ressaltaram que a aplicação do ARC ao tratamento de crianças com trauma e dentro da relação de cuidar deve acontecer de três formas: (a) o aumento da sintonia com o cuidador, a fim de construir uma base de fixação segura para apoiar o desenvolvimento de competências; (b) o aumento da capacidade do sistema de prestação de cuidados e de apoio à criança, na implementação de autorregulação eficaz , e (c) o ensino aos cuidadores, encorajando-os a apoiar a criança no desenvolvimento de um senso positivo de autorregulação. Os autores pensam que essa abordagem de várias camadas constrói capacidades no cuidador e dentro da relação cuidador-criança. Esse estudo foi aplicado a crianças impactadas por exposição ao trauma complexo e desadaptação, tendo evidenciado que os resultados preliminares suportaram a necessidade de realização de pesquisas mais formais,

incluindo ensaios clínicos controlados, desenhados para testar a eficácia comparativa dessa intervenção.

As pesquisas atuais abordam o desafio de intervenções eficazes e a necessidade de projetos de pesquisa comparativa entre vários tipos de intervenção. Na revisão efetuada, a intervenção com maior número de pesquisas foi a TCC, que apresenta resultados ambíguos. Urge, portanto, uma pesquisa com terapia que irá tratar as crianças de maneira não verbal.

Embora a TS não tenha sido desenhada dentro do modelo de terapia breve, mas para ser adotada ao longo de um processo terapêutico, levando em conta o processo de individuação da criança, nesta pesquisa optamos pela execução de 20 sessões com a TS, para viabilizar o projeto dentro das condições das crianças que viviam nas instituições de acolhimento.

Segundo Oliveira (2013), a utilização da terapia breve ocorreu a partir do desenvolvimento de técnicas que poderiam abreviar a duração dos tratamentos. Para a autora, o conhecimento mais refinado dos processos defensivos, dos mecanismos de transferência e contratransferência, das contribuições da teoria das relações objetais, e bem como os conhecimentos sobre as etapas precoces do desenvolvimento, que incluem os processos de individuação e as características específicas da relação mãe-bebê, foram fundamentais para a redução do tempo da psicoterapia. A autora ressaltou que a demanda sempre crescente e muito acima das possibilidades de oferta de serviços, a desatenção dos poderes públicos com a saúde da população, em especial com a saúde mental, a carência de profissionais, a grande heterogeneidade de casos, com gravidade crescente, são questões essenciais para se pensar em psicoterapia breve. É necessário ampliar o conhecimento em relação à psicoterapia breve em crianças, considerando que por se dirigir a essa faixa da população, tem grande potencial preventivo.

> Uma intervenção focalizada, com objetivos circunscritos, pode incluir diferentes níveis e amplitudes de abrangência, uma vez que há uma variedade quase infinita de focos e objetivos possíveis...É muito difícil falar em níveis de aprofundamento do processo, em virtude da dinâmica do funcionamento psíquico. (OLIVEIRA, 2013, p.178).

Concluindo, a prática clínica pode se beneficiar de intervenções precoces, visando à prevenção do impacto negativo do trauma e da violência na infância.

Acreditamos serem as técnicas não verbais facilitadoras da expressão do inconsciente e do trauma, este último podendo estar sedimentado em estruturas límbicas hipotalâmicas, as quais não são possíveis de serem verbalizadas.

A transdução, neste caso, seria facilitada pelo uso de material não verbal. A TS, como veremos a seguir, apresenta excelentes recursos para tal objetivo. Nesta pesquisa, a TS foi aplicada individualmente e analisada a partir dos pressupostos da psicologia junguiana.

## 6. TERAPIA DO SANDPLAY

A terapia analítica junguiana utiliza técnicas que favorecem o contato mais profundo com o inconsciente, com a finalidade de promover uma maior integração de conteúdos inconscientes no ego, tais como as técnicas interpretativa e redutivista, e técnicas construtivas, as quais promovem a expressividade da psique. Dentre elas, a TS, por atuar no nível pré-verbal, permite o aprofundamento necessário para que ocorra uma transformação na psique das crianças.

A TS é uma terapia não-verbal e criativa, na qual os sujeitos criam cenas ou desenhos com as mãos, usando caixas de areia seca ou molhada, água, miniaturas, sucatas e objetos da natureza. Vale citar que a TS oferece um espaço livre e protegido em que, por meio de representações verbais (narrativas de histórias) e não-verbais (cenas na caixa de areia), a criança pode representar e expressar sua dinâmica psicológica.

Nos últimos anos, a aplicação da TS tem-se mostrado extremamente eficaz no tratamento de diferentes psicopatologias, bem como em diferentes contextos socioculturais e socioeconômicos.

Matta (2006) efetuou pesquisa mostrando a remissão de sintomas do TOC em crianças com idades entre 6 a 9 anos. Essas crianças foram atendidas com a TS. Em seu trabalho, a autora explicita a evolução do processo terapêutico e as transformações que ocorreram nessas crianças.

Pattis (2011), por seu turno, apresentou uma nova proposta terapêutica fundamentada nos pressupostos teóricos da TS, para cuidar de pessoas em situações externas de crises graves, como desastres naturais e guerras, assim como de crianças e adultos oriundos de áreas de adversidade social, incluindo campos de refugiados, áreas de alta densidade urbana e favelas. A autora, em sua prática clínica, relata um estudo de casos de atendimentos na África do Sul, China e Colômbia. A proposta de Pattis, ao focalizar o trabalho do "Expressive Sandwork", é abrir um novo espaço para a psicoterapia transcultural e para todos os profissionais que trabalham com situações de adversidade social. Sua proposta, com base em sua experiência, abre novas possibilidades para o trabalho com comunidades vulneráveis, no Brasil e no mundo.

Afirmou Weinrib (1993, p.19): "A terapia na caixa de areia é uma forma de terapia não-verbal e não-racional, que atinge um nível profundo pré-verbal da psique [...]". A autora descreveu como são realizados os cenários: em uma caixa de areia, com o auxílio das mãos, o paciente procura modelar a areia e busca miniaturas que façam sentido para ele.

Kalff (2003), em suas reflexões sobre a interpretação da TS, verificou que o ato de brincar na areia possibilita que conteúdos inconscientes profundos possam ser expressos e, dessa forma, tornam-se conscientes em nível pré-verbal. Relatou, ainda, que o resultado do processo dessa terapia em diferentes pessoas, independentemente de seu conteúdo, sugere transformação pessoal, assim como mudanças do estar e do se relacionar no mundo com os outros, de maneira mais positiva, podendo acontecer por meio da experiência de imagens individuais internas e, muitas vezes, sem a necessidade de os conteúdos internos se tornarem conscientes em nível verbal.

Ammann, ao escrever a respeito da experiência com a TS, pontuou que esta:

> [...] mobiliza o analisando em todos os níveis do seu ser, confrontando-o com seus lados consciente e inconsciente e, ao mesmo tempo, mostrando, em sentido construtivo e de religação, suas possibilidades e capacidades para o desenvolvimento [...]. (AMMANN, 2002, p.31).

Friedman e Mitchell (2003) ressaltaram alguns atributos da TS:

- Possibilidade de se voltar o foco para o interior. No momento em que coloca as mãos e brinca com a areia, o paciente tem uma experiência cinestésica, a qual promove um deslocamento da atenção do mundo externo (consciência) para o mundo interno (inconsciente).
- Esse tratamento dá expressão ao inconsciente. O material usado oferece uma oportunidade para que componentes psíquicos inconscientes, muitas vezes mantidos sob controle por mecanismos de defesa, possam surgir e ser simbolicamente revelados nas cenas de areia.
- A terapia proporciona ao sujeito a oportunidade para entrar em contato com sua criatividade. Nesse momento, ele fica mais consciente de sua capacidade psíquica.
- O terapeuta oferece continência para que os símbolos possam emergir em um espaço livre e protegido. O terapeuta que reflete e aceita sem julgamento ou análise o que a psique apresenta facilita o processo de transferência e contratransferência.
- A criação das imagens na TS na presença do outro (o olhar do terapeuta) promove a ampliação da consciência e a integração do material do inconsciente.
- Rever e refletir uma série de cenários anteriormente realizados ajuda o sujeito a apropriar-se de seu próprio processo.

Esse tratamento fornece um espaço continente capaz de transformar a fantasia ilimitada em uma energia focalizada e criativa. A confecção de um cenário é um ato formador e criativo. O espaço livre e protegido da caixa de areia propicia expressão e exteriorização de necessidades agressivas reprimidas.

Na revisão da literatura foram encontrados artigos com estudos de casos clínicos que relatam o tratamento de crianças, adolescentes e adultos que foram vítimas de trauma e realizaram o tratamento com a TS.

Kalff (2003) relatou o caso clínico de um adolescente de 16 anos que sofreu um acidente aos nove meses, por negligência da mãe. Esse adolescente apresentava problemas escolares relacionados à aprendizagem e concentração, porém, após o tratamento com a TS, ele conseguiu ter sucesso na escola e se mostrar mais adaptativo em sua vida.

Adams (2007) expôs o caso de um menino de 11 anos de idade que sofreu abuso sexual. A autora o atendeu em um período de 10 meses, em sessões semanais, período em que ele realizou 56 cenas na areia. A autora concluiu que o trabalho com a TS proporcionou ao paciente um ego mais forte, para que ele enfrentasse suas fragilidades e vulnerabilidades, ao mesmo tempo que conseguiu simbolizar seu trauma e integrar conteúdos psíquicos que antes se encontravam dissociados.

Balfour (2008) e Rivière (2008) focalizaram dois casos de adultos do sexo feminino que haviam sido vítimas de abuso sexual na infância. Ambos os casos foram submetidos ao processo de terapia com a TS. Os resultados foram semelhantes no processo terapêutico dessas mulheres, que conseguiram confrontar-se com suas tendências agressivas e destrutivas, culminando num processo de transformação em suas vidas.

Herrmann (2008/2011) descreveu o tratamento de duas crianças vítimas de abandono e violência. Na opinião do autor, a TS propiciou a compreensão de como o trauma pode ser transformado durante o processo terapêutico; o espaço livre e protegido da TS fez com que estruturas defensivas pudessem ser transformadas por meio da expressão concreta, que é a imagem de cada cenário. Com a TS, as crianças puderam expressar sua agressividade e emoções explosivas, convertendo o núcleo das estruturas defensivas em estruturas criativas, através das quais seu ego foi gradativamente modificado e fortalecido.

Hong (2011), em investigação com 10 adolescentes em situação de risco, examinou o caso de uma menina de 11 anos, vítima de abuso sexual. O tratamento pela TS foi realizado nos Estados Unidos, em 20 sessões, sendo os participantes avaliados antes e após a terapia. Os instrumentos empregados foram: Children's Depression Inventory (CDI), Rorschach (Exner Method), The Teacher's Report Form and House-Tree-Person (HTP) drawings. Os resultados

apontaram que, antes da terapia, uma das adolescentes se revelava passiva, reservada e calada. O CDI apontou a participante com depressão severa (escore 24) e, após o final das sessões, o CDI evidenciou escore dentro do limite normal, enquanto o HTP sugeriu que a adolescente se encontrava mais confiante, menos ansiosa e menos confusa. O protocolo do teste de Rorschach indicou que ela estava mais feliz, menos estressada e com melhor percepção da realidade. Tais resultados indicaram que o funcionamento emocional da participante da pesquisa teve uma melhora significativa.

Os estudos acima citados tratam de casos clínicos, com exceção do último, que investigou adolescentes em situação de risco. A proposta do presente estudo é investigar os efeitos da TS nos sintomas ligados aos fatores internalizantes (depressão/ansiedade, depressão/retraimento e queixas somáticas) e aos fatores externalizantes (comportamento agressivo e violação de regras), os quais aparecem na literatura como presentes em crianças vítimas de trauma e violência. A TS é fundamentada teoricamente na psicologia analítica de C.G. Jung, de sorte que se faz necessária, para a compreensão e interpretação dos dados, uma reflexão sobre a conceituação básica dessa teoria.

## 6.1 Complexos

Segundo Jung [1986a (1907)], os complexos têm um núcleo arquetípico eles se formam num ponto em que se aborda algo indispensável à vida. Os complexos seriam, para o autor, núcleos afetivos da personalidade, provocados por uma luta dolorosa e significativa do indivíduo com um acontecimento em sua vida, acontecimento para o qual ele não estava preparado.

> [...] o complexo do eu, devido à sua ligação direta com as sensações corporais, é o mais estável e rico em associações. A percepção da situação de ameaça e perigo gera medo; este é um afeto e por conseguinte é seguido de estados corporais, de uma complexa harmonia de tensões musculares e excitações do sistema nervoso simpático. Desse modo, a percepção encontra o caminho para a inervação corporal, permitindo que o complexo de associações se torne logo evidente. Devido ao medo, inúmeras sensações corporais se alteram, fazendo com que a maioria das sensações que fundamentam o eu normal também se alterem [...]. (JUNG [1986a (1907)] par.86).

Na opinião de Jung [1991a (1923)], os complexos são importantes na vida da pessoa, porque desvelam onde estão os problemas não resolvidos, o que ela não pode esquecer ou

superar. A existência do complexo, conforme o autor, impede que a atividade psíquica entre em estado de paralisação total.

> Este caráter do complexo traz muita luz para seu aparecimento. Surge obviamente do choque entre uma necessidade de adaptação e a constituição especial e inadequada do indivíduo para suprir esta necessidade. Visto assim, o complexo é um sintoma valioso para diagnosticar uma disposição individual [...]. (JUNG [1991a (1923)] par.991).

Corroborando a teoria de Jung nesse aspecto, Kast (2013) define complexo

> [...] como conteúdos do inconsciente que são unidos pela mesma emoção e por um cerne de significado comum (arquétipo) e podem, em certa medida, representar uns aos outros. Todo evento afetivamente carregado torna-se um complexo. Não são apenas os grandes acontecimentos traumáticos que produzem complexos, mas também aqueles pequenos eventos sempre recorrentes que nos ferem. (KAST, 2013, p.48).

De acordo com Kast (2013), nos complexos estão retratadas todas as interações problemáticas e marcantes, desde a infância. A autora aponta que os complexos não concernem apenas ao comportamento do pai, mãe ou irmã exatamente como eles eram; os complexos parecem ser uma complicada fusão de algo vivenciado, algo fantasiado e também de frustrações.

Kast (1997) considera o conceito de complexo como ponto central da psicologia junguiana. Para ela, ninguém é determinado somente por um complexo materno, pois o complexo paterno desempenha um papel importante, assim como o complexo do eu, que também influencia, na situação específica da vida, o lidar com os complexos marcantes de um modo diferenciado. Kast (1997, p.13) acredita que o complexo materno originalmente positivo é aquele que proporciona a uma criança o sentimento "[...] de um incontestável direito à existência, o sentimento de ser interessante e de ter parte em um mundo que oferece tudo de que alguém necessita e um pouco mais [...]". Nesse caso, existe uma alegria natural com o corpo, a vitalidade, a comida e a sexualidade. Segundo a autora, no complexo materno originalmente negativo o sentimento vital é de que a pessoa deve lutar por tudo. No lugar do amor não exigente, de segurança, nutrição, proteção, interesse, atenção que são vivenciados no complexo materno originalmente positivo, encontra-se o sentimento de solidão, de estar à mercê de alguém, de não receber o suficiente para a vida, mas ao mesmo tempo em demasia para quem se sente morrer.

Jacoby (2010) ressaltou que afetos como ódio, inveja, medo, vergonha ou culpa parecem ofuscar ou suprimir bons sentimentos e envenenar todos os anseios de ficar próximo, de vivenciar uma harmonização mútua com as outras pessoas. Na opinião do autor, não há confiança nos outros significativos, nem em si mesmo. Essa dominação pelo aversivo diz respeito, geralmente, a experiências mais antigas de ter sido traumaticamente rejeitado, violado, humilhado ou abusado por cuidadores e relações íntimas anteriores. O autor enfatizou que esse veneno se funde com a experiência de si de uma pessoa, assumindo a forma de um ódio contra si e o mundo; e surgem necessidades de humilhar e de desvalorizar o outro. Essas experiências afetam o complexo do ego e o autor entende que o ego é dominado pela imagem materna destrutiva. Um complexo materno negativo muitas vezes está na base de certos estados patológicos graves.

Kast (1997) analisou que, no complexo paterno originalmente positivo, o pai tem a função de possibilitar ao filho uma abertura para o mundo. Na visão da atual psicologia do desenvolvimento, o pai teria como função iniciar, impulsionar processos de desenvolvimento e catalisar mudanças na relação pai-mãe-filho.

Nesse sentido, Lima Filho (2002) pontuou que a necessidade de um pai é um dado arquetípico da psique, fundamental para a espécie humana. Assim, se o pai é distante ou mantém seu universo de atividades oculto para os filhos, existe a possibilidade de que aconteçam concepções fantasiosas para o bem ou para o mal. O autor segue afirmando que o pai é aquele que conduz a orientação do filho numa perspectiva de alteridade, favorecendo uma versão sadia, de sorte que os conteúdos associados ao pai são percebidos como organizadores.

Conforme Faria (2003), o pai ausente é aquele que exerce a paternidade de forma inadequada, impondo enormes frustrações ao filho. Esse comportamento por parte do pai pode provocar na criança falta de confiança, timidez excessiva e dificuldade de adaptação.

Kast (2013) assevera que as associações ligadas ao complexo do eu giram em torno do tema da identidade e do seu desenvolvimento e, relacionado a isso, o tema da autoestima. Para a autora, vivenciamos as emoções fisicamente, como sensações físicas, portanto estas por sua vez incluem a experiência das emoções, que formam a base do complexo do eu e provocam a vivência da continuidade na consciência da identidade. A criança é inconsciente do complexo do eu, ela se torna mais consciente à medida que experiencia o seu eu físico, e quando as pessoas que lhe são mais próximas percebem, aceitam e respondem às suas reações. No momento em que a criança vivencia sua corporeidade, que é a base do complexo do eu, ela experimenta uma forma de aceitação e de direito à existência. Esse desenvolvimento é contínuo e leva a criança a diferenciar cada vez mais entre eu e não eu. Kast (2013) enfatiza que o complexo do eu se

distingue dos outros complexos, por ser refletido pelas funções do eu. As funções do eu nos auxiliam a perceber, ver e, assim, desenvolver uma consciência de nós mesmos. A possibilidade de nos tornarmos conscientes de nós mesmos, do nosso complexo do eu e da sistematização e consciência do mundo, com que possamos nos orientar, saber o que está fora e o que está dentro, diferenciar o eu do não eu, assimilar as reações dos outros e, em consonância com elas, modificar nosso comportamento.

Ramos (2006) destaca como os complexos podem ativar os sintomas somáticos e psíquicos:

> [...] os sintomas somáticos ou psíquicos têm origem nos complexos. A constelação de um complexo provoca uma alteração no nível fisiológico e psicológico sincronicamente, tenha o indivíduo ou não percepção dessas alterações. Todo complexo tem um padrão específico de imagens e sensações, as quais têm raiz no arquétipo. Por essa razão, as manifestações fisiopatológicas e psicopatológicas de um complexo têm certa universalidade. O complexo egóico forma-se ao longo do eixo ego-Self e se desenvolve por meio do processo de de-integração e da função simbólica, também chamada de função transcendente ou função transdutora. Um complexo secundário é um desvio no desenvolvimento do eixo ego-Self e também se manifesta simbolicamente [...]. (RAMOS, 2006, p.76).

## 6.2 Símbolos

Jung considerou os símbolos como a melhor formulação possível de um conteúdo psíquico não conhecido. Para o autor, o símbolo tem a capacidade de transformar energia, desviando-a para outros canais; e a formação do ego será ou não capaz de sustentar o novo padrão de energia. Durante o desenvolvimento psicológico infantil, os símbolos são importantes, pois eles servem de ponte entre o inconsciente e o consciente que vai sendo confrontado.

> Por símbolo não entendo uma alegoria ou um mero sinal, mas uma imagem que descreve da melhor maneira possível a natureza do espírito obscuramente pressentida. Um símbolo não define nem explica. Ele aponta para fora de si, para um significado obscuramente pressentido, que escapa ainda à nossa compreensão e não poderia ser expresso adequadamente nas palavras de nossa linguagem atual. (JUNG [1998 (1928)] par.644).

Para Jacobi (1995) e Kast (2013), quando o arquétipo aparece no aqui e agora do espaço e do tempo, e pode ser percebido de alguma maneira pelo consciente, podemos falar em símbolo.

Kast (2013) tomou os símbolos como estações de processamento dos complexos, por trás dos quais estão os arquétipos. Nesse sentido, a autora pensa que temos mais relação ou com símbolos ligados à nossa história de vida, ou com símbolos suprapessoais os quais exprimem conteúdos arquetípicos. No entanto, tais símbolos são levados à consciência pelos complexos. Kast (2013) considerou o simbolizar como a capacidade de indagar sobre a realidade enigmática por trás da realidade do primeiro plano. De acordo com a autora, o simbolizar é um dos objetivos da terapia, porque, quando os símbolos são vivenciáveis num processo terapêutico, tem-se a experiência de se sentir mais vivos e emocionais. Nesse ponto, há a confrontação entre o inconsciente e o consciente. Por meio do símbolo, tornam-se visíveis não só as nossas dificuldades atuais e específicas, mas também nossas especiais possibilidades de vida e desenvolvimento. A realidade mostra que nas dificuldades encontram-se igualmente possibilidades de desenvolvimento. Kast (2013) assinalou que os símbolos deixam isso claro, pois também exprimem inibições da vida, frequentemente em conexão com lembranças que eram reprimidas e agora são evocadas por eles. Ao mesmo tempo, no entanto, abordam um tema de vida que aponta para o futuro. A autora pontuou que o símbolo, como foco do desenvolvimento psíquico, por assim dizer, é portador do desenvolvimento criativo vivencial e visível.

Como em todo tipo de brincar, o processo simbólico na TS é natural e pode atuar como uma ponte para o inconsciente. Brincar explora a criatividade e a imaginação, conduzindo naturalmente ao uso de símbolos. Usar uma variedade de símbolos (areia e miniaturas) é importante para expressar sentimentos, ganhar uma perspectiva maior e conectar-se ao mundo interno. Os símbolos representados pelas miniaturas, no processo da TS, podem ser usados como ferramentas de expressão que propiciam ao analisando revelar aspectos do inconsciente, sentimentos e pensamentos internos que, muitas vezes, são difíceis de serem verbalizados. Por conectarem os analisandos aos aspectos desconhecidos de si mesmos, os símbolos podem carregar o potencial para a transformação. Como os autores anteriormente citados realçaram, os símbolos são retratos da realidade psíquica, eles indicam algo profundo e complexo que não pode ser reduzido a um simples conceito verbal, estando além do domínio consciente. Nenhum entendimento consciente dos símbolos, por parte do analisando, é necessário na TS. O símbolo aponta para a percepção, o entendimento ou processo que está além da expressão consciente.

Criar um espaço livre e protegido que encoraje e sustente os símbolos pode ter benefícios significantes.

> A contínua conscientização das fantasias (sem o que, permaneceriam inconscientes) com a participação ativa nos acontecimentos que se desenrolam no plano fantástico, tem várias consequências. Em primeiro lugar, há uma ampliação da consciência, pois inúmeros conteúdos inconscientes são trazidos à consciência. Em segundo lugar, há uma diminuição gradual da influência dominante do inconsciente; em terceiro lugar, verifica-se uma transformação da personalidade. (JUNG, [1991b (1916)] par.358).

## 6.3 O processo de transferência e contratransferência

O processo de transferência ocorre quando o sujeito vivencia uma relação amorosa ou não com o terapeuta, relação que pode ser representada como aquela com a mãe sempre amorosa ou má, ou com o pai rígido ou um semideus, entre outros tipos de relação. A respeito da transferência e suas razões, Jung escreveu:

> A razão psicológica geral da projeção é sempre um inconsciente ativado que procura expressão. Sua importância é equivalente ao conteúdo projetado. E uma transferência de natureza violenta corresponde a um conteúdo incendiário, contém alguma coisa de importante, alguma coisa realmente de grande valor na vida do paciente[...]. (JUNG, [1997 (1952)] par.352).

Fordham (1996) considera a contratransferência como uma expressão de identificação projetiva e como uma fonte útil de informações sobre o estado mental do paciente, concluindo que "[...] toda a situação analítica é uma massa de ilusões, deslocamentos, projeções e introjeções [...]" (FORDHAM, 1996, p.172). O autor descreve a contratransferência como um processo essencialmente relacional e a base necessária para a compreensão e interpretação da relação interpessoal estabelecida no processo terapêutico. Essa posição teórica concorda bastante com o modelo contemporâneo relacional e de apego para o processo de mudanças em psicoterapia.

Knox (2003) frisou que pesquisas recentes sobre a teoria de apego, neurociência e psicologia de desenvolvimento apoiam a opinião de Jung sobre a análise como um processo em que a relação consciente e inconsciente com o analista proporciona a base essencial para a individuação, o processo de desenvolvimento da identidade única, individual, de cada pessoa. Segundo a autora, a compreensão de Jung sobre a relação analítica abriu caminho para muitos

desses *insights* na psicanálise contemporânea, fundamentados no apego. Em seus trabalhos, a autora enfatizou que, na psicoterapia, trabalhamos com a transferência, com essa percepção distorcida da realidade. As constelações de complexo são transferidas para o analista, mas não no sentido de que um complexo é simplesmente transferido; transfere-se antes um padrão de relacionamento, porque todo complexo já se encontra em relação com um eu. Se compreendermos esses padrões de relacionamento, compreenderemos igualmente a criança que sofreu os choques dolorosos com o mundo circundante.

Schore (2003/2007) apontou a importância das comunicações não verbais, as quais indicam as relações de transferência e contratransferência entre analista e analisando, que são o núcleo das mudanças na terapia. Tais comunicações afetivas entre duas pessoas envolvidas em um processo terapêutico ocorrem em níveis abaixo da consciência e correspondem a rápidas transações não verbais e afetivas do hemisfério direito para o hemisfério esquerdo, e a expressão facial do analista, gestos espontâneos e tom de voz emocional desempenham um papel essencial nessa interação. Segundo Schore, "[...] estas transações afetivas duplas dentro da aliança de trabalho criam um contexto intersubjetivo que permite a expansão estrutural do sistema orbitofrontal do paciente e suas conexões corticais e subcorticais [...]" (SCHORE, 2003, p.264). Para o autor, as mudanças na terapia dependem da regulação de afeto que se desenvolve gradualmente a partir da interação paciente-terapeuta. O autor ressaltou que a regulação emocional oferecida pela relação cria as condições necessárias para o desenvolvimento neural no córtex orbitofrontal e em outras áreas das quais a regulação de afeto depende. Em pacientes que sofreram o trauma relacional precoce, os processos afetivos se encontram abaixo dos níveis da consciência, e adquirem grande importância  acontecendo por meio das transações ultrarrápidas das expressões faciais, não verbais e gestos entre os cérebros do analista e do analisando.

Assim como Schore (2007), Wilkinson (2010) considerou que a contratransferência é uma forma muito particular de resposta do corpo-mente-cérebro. Esse momento faz parte da experiência de estar com o analisando. Para ela, é um devaneio que traz conhecimento criativo de si e do outro, através da comunicação inconsciente de estados independentes e padrões relacionais. Estes estados são absorvidos pelo analista no nível do implícito, abaixo do limiar da consciência.

Kast (2013) sublinhou que, se os processos simbólicos são percebidos, vivenciados e representados no curso de uma terapia, a transferência e a contratransferência serão mais claras.

Bradway (1991) asseverou que, na TS, uma das presenças da transferência pode ser percebida na coleção de miniaturas que são uma extensão do terapeuta, porque foi ele quem as

escolheu. Muitas vezes, a simples visão das miniaturas expostas propicia uma relação transferencial mais rápida do que na terapia verbal. Para a autora, essa transferência ocorre de forma mais concreta quando o sujeito escolhe miniaturas que representam o terapeuta ou utiliza a areia para revelar seus sentimentos. Frequentemente, a criança convida o terapeuta a participar do processo de construção dos cenários. Várias vezes ocorre o pedido de ajuda para retirar miniaturas da prateleira e a participação nos cenários de guerras. Em outros momentos, há os pedidos de resgate e socorro representados pelos cenários de destruição e caos, os quais permeiam a relação sujeito-terapeuta. De fato, a visão do cenário após a sua realização por parte da criança e do terapeuta pode ser tomada como um dos momentos em que a transferência e contratransferência estão presentes.

Para Kalff (2003), a transferência era o estabelecimento do espaço para a realização de um potencial, destacando que, se um terapeuta criasse um espaço livre e protegido, isso facilitaria uma transferência positiva com o analista. A autora percebeu que muitas criações na TS se referiam à relação analisando-analista, citando como exemplo uma miniatura escolhida pelo analisando que podia até mesmo retratar sentimentos em relação ao analista.

O terapeuta também pode ver o sujeito em sentido positivo ou negativo. Esse fenômeno é chamado de contratransferência. Pode-se considerá-la o momento em que a experiência subjetiva do terapeuta faz-se presente no campo da relação terapêutica, concebida por qualquer experiência em relação ao sujeito como sentimentos, pensamentos, sensações no corpo, imagens, lembranças, sonhos sobre o paciente, devaneios e fantasias.

Ammann (2004) enfatizou que os sentimentos transferenciais e contratransferenciais são importantes no processo da TS, porque essa terapia se apresenta como uma técnica na qual a verbalização não é o foco principal. Assim como Bradway (1991), Ammann (2004) afirmou que o analista está conectado ao material, tanto à areia como às miniaturas de sua coleção, e que a interação entre o sujeito e o local de trabalho do terapeuta é um aspecto essencial no processo analítico. Para a autora, analista e analisando transferem entre si, no processo de terapia, diferentes vibrações, comparáveis às cordas de um instrumento musical. Muitas vezes, o analista sente no seu corpo repercussões do cenário, e essa ligação especial é diferente da que ocorre na terapia convencional, já que na TS a pessoa do analista e suas preferências estão mais evidentes, assim como a exposição das miniaturas, presente desde o momento em que o paciente entra na sala onde se encontra o material da TS. Conforme Ammann (2004), esse momento é denominado “Ressonância”.

Cunningham (2005) considerou a contratransferência importante para o conhecimento mais profundo do paciente, e quando ela ocorre, sugere que a dinâmica da relação sujeito-

terapeuta estaria ativada. Na opinião da autora, na TS o termo *ressonância* seria mais adequado que contratransferência, salientando a importância da experiência do psicoterapeuta na prática clínica, ou seja, a necessidade de o terapeuta ter ampla percepção no campo das relações entre sujeito e terapeuta, pois a técnica funciona como uma terapia não-verbal, em que o material simbólico é visível, diferentemente da terapia verbal.

## 6.4 Transdução

Jung [1999 (1924)] frisa a importância do símbolo como agente de transformação da libido.

> Os símbolos funcionam como transformadores, conduzindo a libido de uma forma "inferior" para uma forma superior [...] O símbolo age de modo sugestivo, convincente, e ao mesmo tempo exprime o conteúdo da convicção [...]. (JUNG, [1999 (1924)] par.344).

A partir da função do símbolo proposta por Jung, Ramos (1994) considera a teoria da transdução como a conversão da informação de uma forma em outra. Assim, o afeto e o humor, que anteriormente estavam mergulhados no inconsciente, podem se apresentar no plano consciente de outra forma.

Ramos (2006) assinala que o corpo humano é visto como uma rede de sistemas informativos integrados: genético, imunológico, hormonal, neuroendócrino, entre outros. Cada um desses sistemas tem seu código, e a transmissão de informações entre tais sistemas requer que exista um tipo de transdutor que possibilite a conversão de códigos de um sistema para o outro. Para a autora, a mente tem a capacidade de simbolizar na forma linguística e na não-verbal, que pode também ser considerada um meio de codificação, processamento e transmissão de informação do organismo. Ramos (2006) considera que a informação, recebida e processada, pode ser transduzida em informação apta a ser recebida e processada no nível somático e psíquico.

As pesquisas aqui levantadas demonstraram que o trauma se fixa em estruturas não verbais, no sistema límbico hipotalâmico, portanto, terapias verbais teriam grande dificuldade de ser veículos para as crianças expressarem o seu sofrimento. As terapias não verbais seriam facilitadoras do processo de transdução, de modo que sensações e sentimentos inconscientes poderiam ser expressos diretamente por meio de imagens, sem necessidade de uma

decodificação verbal, utilizando-se a areia e as miniaturas como facilitadoras do processo de transdução. Espera-se que, com a expressão imagética, a criança possa adquirir uma consciência de si mesma, de suas sensações e sentimentos, ao ver os cenários na finalização do processo.

# 7 MÉTODO

## 7.1 Objetivo

Investigar se crianças vítimas de trauma em uma ou mais das seguintes circunstâncias – negligência, abandono, maus tratos, abuso físico, psicológico e/ou sexual – e que apresentam sintomas clínicos relacionados aos fatores internalizantes (ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas) e/ou externalizantes (violação de regras e comportamento agressivo) exibem melhoras nos fatores internalizantes e/ou externalizantes e Total de Problemas, assim como na capacidade de percepção, análise visoespacial, abstração de um conceito e na sensação subjetiva de bem-estar, após tratamento psicoterapêutico com a Terapia do Sandplay (TS).

## 7.2 Desenho da pesquisa

Esta pesquisa é quali-quanti: quantitativa, com análise estatística, e qualitativa, na análise do conteúdo dos cenários.

Nesta pesquisa, utilizaram-se três grupos: experimental (GE), placebo (GP) e de controle (GC).

Os participantes do GE receberam terapia individual de 20 sessões com a TS; os participantes do GP tiveram 20 encontros individuais para "brincar" na caixa com areia. Este grupo teve como objetivo neutralizar o efeito da transferência e observar se apenas a presença de um pesquisador por si só seria suficiente para produzir efeitos terapêuticos. Os participantes do GC ficaram em lista de espera por 20 semanas após a aplicação da T0 (1ª avaliação). O objetivo deste grupo foi verificar se houve modificações nos resultados do CBCL/6-18, apesar de estas crianças estarem sem nenhum tipo de intervenção. As crianças após a T1 (2ª avaliação) foram encaminhadas para tratamento psicológico.

A avaliação aconteceu em três momentos para o grupo experimental: T0 (antes do tratamento/1ª avaliação), T1 (após o tratamento/2ª avaliação) e T2 (6 meses após a T1/3ª avaliação). Esta última avaliação no GE teve como objetivo verificar a eficácia da terapia, decorridos seis meses após o término do tratamento.

No GC e GP foram realizadas as avaliações T0 e T1.

## 7.3 Hipóteses

Em crianças que apresentam resultados limítrofes ou clínicos no CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist for ages 6-18/Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos):

**H1** A TS promove uma mudança nos escores dos resultados limítrofes e/ou clínicos dos fatores internalizantes e/ou externalizantes e Total de Problemas;

**H2** A TS promove uma melhora na capacidade de percepção, de análise e de síntese visoespacial;

**H3** A TS promove uma melhora na capacidade de conhecer e abstrair o significado de um conceito, na expressão verbal e amplitude do vocabulário;

**H4** A TS promove uma melhora na sensação subjetiva de bem-estar;

**H5** Os efeitos da TS nos resultados do CBCL/6-18 se mantiveram por seis meses.

## 7.4 Participantes

### 7.4.1 Critérios de Inclusão

- Crianças que viviam em Instituições de Acolhimento nas cidades de São Paulo, Santo André, São Bernardo do Campo e Mauá, no período compreendido entre maio de 2012 e dezembro de 2014.
- Crianças do sexo masculino e feminino, com idades entre 6 anos e 6 meses e 10 anos de idade completos.
- Crianças que apresentaram resultados limítrofes e/ou clínicos nos escores dos fatores internalizantes e/ou externalizantes e no Total de Problemas do CBCL/6-18.

### 7.4.2 Critérios de Exclusão

- Crianças que estavam em tratamento psicológico.

## 7.5 Procedimento para Escolha das Instituições de Acolhimento

- Reunião no SMADS (Serviço Municipal de Atendimento e Desenvolvimento Social) com a equipe multidisciplinar do Serviço de Proteção Especial (SPE) do Município de São Paulo para a entrega do projeto e esclarecimentos sobre a pesquisa. Reunião foi realizada em julho de 2011, com a presença da orientadora, Professora Drª Denise Gimenez Ramos, e a pesquisadora;
- Carta de concordância para o atendimento das crianças da instituição de acolhimento, assinada pela Coordenadora do SPE (Anexo A);
- Reunião com as Coordenadoras dos CAS (Coordenadoria de Assistência Social da Região de Referência Familiar) das regiões das instituições de acolhimento: regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte, Sul e Leste da cidade de São Paulo. Reunião com as coordenadoras das instituições das cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e Mauá. O objetivo da reunião com as coordenadoras foi estabelecer o cronograma das atividades que seriam realizadas nas Instituições de Acolhimento das regiões citadas.
- Após a indicação das instituições de acolhimento pelas coordenadoras, a pesquisadora entrou em contato com as instituições.
- Os contatos com as instituições configuraram um processo que incluiu, sequencialmente: o envio da carta de apresentação do projeto (via *e-mail*), a realização de telefonemas (e/ou mensagens de *e-mail*) aos responsáveis pelas instituições, convite para uma reunião com esses responsáveis, para exposição e esclarecimentos relativos ao projeto.
- Algumas das instituições indicadas recusaram a participação na pesquisa, alegando dificuldades em receber a investigação dentro do espaço físico.

## 7.6 Local de Atendimento

- Instituições de acolhimento selecionadas na cidade de São Paulo, nas regiões Norte, Sul, Leste e Centro-Oeste.
- Instituições de acolhimento das cidades da Grande São Paulo: São Bernardo do Campo, Santo André e Mauá. Ver Geo-referenciamento (Anexo B).

- Realizaram-se os atendimentos no espaço físico de cada instituição. Os espaços físicos disponibilizados foram diferentes em cada instituição: a sala da equipe técnica, brinquedoteca, biblioteca e espaço de atendimento pedagógico.

### 7.7 Seleção dos Participantes

- A equipe de avaliação foi constituída por seis estudantes do 3º e 4º anos de Psicologia da PUC/SP, que atuaram como auxiliares de pesquisa, fazendo a aplicação e avaliação dos instrumentos utilizados. As alunas foram treinadas pela pesquisadora e receberam supervisões quinzenais, durante o transcorrer da pesquisa.
- Visita da pesquisadora e das auxiliares de pesquisa às Instituições de Acolhimento cujo acesso foi permitido. Nessa visita, houve uma reunião com a equipe técnica e com os orientadores socioassistenciais responsáveis que trabalhavam com as crianças.
- Preenchimento, junto com o coordenador da instituição, da ficha de identificação da criança (Apêndice 1).
- Assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), (Apêndice 2) pelos responsáveis das instituições de acolhimento.
- As auxiliares de pesquisa submeteram o inventário CBCL/6-18 a dois orientadores socioassistenciais que conviviam com a criança, da seguinte forma:

✓ Entregaram para cada um deles uma folha de resposta do inventário, falando: "Eu vou ler para você as questões deste inventário e vou anotar suas respostas". As respostas foram anotadas na folha do aplicador.

- Na primeira avaliação, que chamaremos de T0, instruiu-se os orientadores socioassistenciais a se basearem nos últimos seis meses de convivência com a criança.
- Todas as crianças que apresentaram resultados no CBCL/6-18 na faixa clínica e/ou limítrofe nos escores dos fatores internalizantes e/ou externalizantes e Total de Problemas participaram da pesquisa.
- A presença de apenas um resultado limítrofe ou na faixa clínica em qualquer um dos fatores, justificou a participação da criança na pesquisa.

- Após a avaliação dos resultados do CBCL/6-18, as auxiliares de pesquisa entraram em contato individual com cada criança, em uma sala da Instituição de Acolhimento.
- Nesse momento, o TCLE foi lido e explicado, sendo sanadas as dúvidas que a criança pudesse ter e perguntado a ela se concordava em participar da pesquisa.
- A seguir, foram aplicados o teste WISC-III (subteste vocabulário e cubos) e a escala de qualidade de vida AUQEI.
- O resultado do CBCL/6-18 foi considerado T0 (1ª avaliação).
- No total, foram avaliadas 86 crianças e todas preencheram o critério de inclusão; todavia, foram excluídas 26 ao longo da pesquisa, porque saíram das instituições por motivo de adoção e/ou retorno para a família.
- Participaram da pesquisa 60 crianças, distribuídas nos três grupos.
- Os instrumentos de avaliação acima citados foram usados em três momentos, nesta pesquisa: T0 (avaliação inicial para todos os participantes que preencheram os critérios de inclusão); T1 (segunda avaliação para os GE e GP: após 20 sessões, e para o GC: 20 semanas após a T0); T2 (terceira avaliação para o GE: seis meses após T1).

## 7.8 Configurações dos Grupos

Os grupos apresentaram as seguintes configurações:

- GE foi composto por 20 crianças: 13 do sexo masculino e 07 do sexo feminino.
- GP foi composto por 20 crianças: 14 do sexo masculino e 06 do sexo feminino.
- GC foi composto por 20 crianças: 07 do sexo masculino e 13 do sexo feminino.

No Quadro 1, podemos visualizar os grupos da pesquisa, o sexo dos participantes e as regiões a que pertenciam os abrigos.

**Quadro 1** – Regiões dos abrigos, número e sexo das crianças participantes por grupo de pesquisa.

| **Grupo Experimental (GE)** | | **Grupo de Controle (GC)** | | **Grupo Placebo (GP)** | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Região e Número de Abrigos Participantes* | *Número e Sexo das Crianças Participantes* | *Região e Número de Abrigos Participantes* | *Número e Sexo das Crianças Participantes* | *Região e Número de Abrigos Participantes* | *Número e Sexo das Crianças Participantes* |
| Sudeste (1) | 1 F – 2 M | Sudeste (3) | 5 F – 2 M | Sudeste (2) | 1 F – 3 M |
| Centro Oeste | Não se aplica | Centro Oeste (2) | 2 F – 1 M | Centro Oeste (2) | 1 F – 3 M |
| Leste (1) | 1 F – 4 M | Leste (4) | 3 F – 4 M | Leste (1) | 1 F – 3 M |
| Norte (2) | 5 M | Norte | Não se aplica | Norte | Não se aplica |
| Sul (1) | 4 F – 1 M | Sul (1) | 1 F | Sul | Não se aplica |
| S.B. do Campo (1) | 1 M | S.B. do Campo | Não se aplica | S.B. do Campo | Não se aplica |
| Santo André (1) | 1 F | Santo André (1) | 2 F | Santo André | Não se aplica |
| Mauá | Não se aplica | Mauá | Não se aplica | Mauá (1) | 3 F – 5 M |

**Legenda:** F (feminino), M (masculino), (nº) quantidade de abrigos por região.

As instituições que aceitaram participar da pesquisa fizeram levantamento do número de crianças com idade compreendida entre 6 anos e 6 meses e 10 anos. O planejamento inicial era uma distribuição numericamente equilibrada entre os grupos, a qual seria feita por sorteio, na mesma instituição. Entretanto, diante de várias dificuldades verificadas no decorrer da pesquisa, como retorno das crianças para suas famílias e adoção, esse critério inicial foi abandonado. Começamos a realizar o GE, o GP e o GC em diferentes abrigos, porque muitas vezes o número de participantes era insuficiente em cada instituição. Outro fator importante considerado foi evitar possíveis conflitos entre os participantes, em relação ao grupo no qual estariam. Pensamos que a criança poderia sentir-se mais abandonada e excluída, por não estar participando do GE. Decidimos designar cada grupo de pesquisa para determinada instituição. Ponderou-se que o fato de a criança ter à sua disposição miniaturas e a terapeuta, com efeito, poderia gerar um conflito desnecessário do GE com os outros grupos de crianças que passaram pelo trauma. Portanto, as 60 crianças participantes do GE, GC e GP não pertenciam à mesma instituição de acolhimento. A falta de local apropriado para aplicação da TS na casa abrigo de Mauá impossibilitou que a mesma pudesse ser ali aplicada; neste caso, optou-se por colocar as crianças no GP.

## 7.9 Instrumentos

### 7.9.1 Instrumentos de Avaliação

- ✓ Ficha de identificação com os dados da criança: data de nascimento, idade, escolaridade, data e motivo do acolhimento (Anexo C);
- ✓ CBCL (Child Behavior Checklist for ages 6-18"), versão brasileira (2010): Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos.

O CBCL/6-18, em sua versão brasileira de 2010, denomina-se Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos, e faz parte dos Inventários ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment).

Rocha *et al.* (2010) destacaram que o objetivo desse inventário é avaliar as competências e os problemas de comportamento de uma criança, de acordo com o relato dos educadores. Os autores afirmaram que o CBCL/6-18 não traz dados de observação direta, mas a percepção do respondente sobre a criança. Os resultados são analisados: Escores para a Escala de Internalização, Externalização e Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. A Escala de Internalização é a soma dos escores dos problemas incluídos nas síndromes Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão e Queixas Somáticas. A Escala de Externalização é a soma dos problemas incluídos nas síndromes Violação de Regras e Comportamento Agressivo. A Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais é a soma de todos os itens-problema do CBCL/6-18. A Escala Total de Competências inclui as escalas individuais de Competência em Atividade, Competência Social e Competência Escolar. As Escalas Individuais ligadas a Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento e Problemas de Atenção são computadas na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. Para cada uma das escalas, o escore T 70 representa o percentil 98 da amostra normativa. Escores iguais e/ou maiores que 70 estão na faixa clínica. Os escores T que vão de 65 (percentil 93) a 69 (percentil 97) estão na faixa limítrofe. Escores abaixo de 65 estão na faixa normal.

- ✓ WISC-III (2011), Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III; WECHSLER, 2011).

Nesta pesquisa, optou-se pelo uso do subteste Verbal: Vocabulário, o qual é composto de uma série de palavras apresentadas oralmente e que a criança define da mesma forma. Pretendeu-se avaliar o conhecimento, a abstração e o significado de um conceito, assim como a capacidade de expressão e amplitude do vocabulário das crianças participantes da investigação. Para avaliação perceptivo-motora, optou-se pelo subteste Cubos, que é um conjunto de padrões geométricos bidimensionais, feitos com cubos, que as crianças juntam para formar um todo significativo. Pretendeu-se avaliar a capacidade de percepção, de análise e de síntese visoespacial das crianças participantes. Para a avaliação utilizou-se: Tabela A.1. (Br): Pontos Ponderados Equivalentes aos Resultados Brutos referentes às idades dos participantes (p.229) e a Tabela A.9. (A): Equivalentes de Idade de Teste dos Pontos Brutos dos Subtestes do WISC-III (p.297); e o Manual WISC-III.

✓ AUQEI (Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes).

Utilizou-se a Escala de Qualidade de Vida AUQEI (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) de Manificat S. & Dazord A. (1997), validada por Assumpção Júnior, Kuczynski, Sprosieri e Aranha (2000).

Assumpção Júnior *et al.* (2000) consideraram esse instrumento útil, porque é capaz de verificar os sentimentos da criança em relação ao seu estado atual, não os avaliando por inferências realizadas a partir de seu desempenho e sua produtividade. Nesta pesquisa considerou-se que as crianças que apresentassem resultados acima de 48 pontos apresentavam boa qualidade de vida. Conforme os autores, a Escala de Qualidade de Vida AUQEI é um instrumento que busca avaliar a sensação subjetiva de bem-estar do indivíduo, tendo em vista a premissa de que o indivíduo em desenvolvimento é e sempre foi capaz de se expressar quanto a sua subjetividade.

### 7.9.2 Material Técnico

✓ Material Técnico da TS utilizado no GE

- Duas caixas de areia (tamanho: 72 cm x 50 cm x 7,5 cm);
- Areia seca e molhada com uma camada de 10 cm de areia;

- Miniaturas separadas por categorias. (Lista – Anexo E).

✓ Material Técnico para a Terapia Placebo utilizado no GP

- Uma caixa com areia seca (tamanho: 40 cm x 30 cm x 5 cm) com uma camada de 2 cm de areia;
- Seis pedras brancas usadas em decoração para jardins;
- Um rastelo pequeno de jardinagem.

### 7.10 Procedimento de Avaliação para o Grupo Experimental, Placebo e Controle

No Quadro 2, podemos visualizar de uma maneira mais resumida o procedimento de avaliação efetuado nos três grupos. Abaixo do Quadro encontra-se a descrição detalhada do procedimento realizado.

**Quadro 2 –** Procedimentos de avaliação T0, T1 e T2 para os grupos: GE, GC e GP.

| **GE/GC/GP** | **GE/GC/GP** | **GE** |
|---|---|---|
| **T0 (1ª avaliação)** | **T1 (2ª avaliação)** | **T2 (3ª avaliação)** |
| ✓ Realizada por estudantes de Psicologia do 3º e 4º anos de Psicologia da PUC-SP (Auxiliares de Pesquisa).<br>✓ Visita da pesquisadora e das auxiliares de pesquisa às Instituições de Acolhimento.<br>✓ Preenchimento da ficha de identificação das crianças que se enquadravam no critério de inclusão relacionado à idade, pelo(a) coordenador(a) da Instituição.<br>✓ Assinatura do TCLE pelos responsáveis.<br>✓ Aplicação da escala CBCL a dois orientadores socioassistenciais.<br>✓ Os orientadores basearam suas respostas em relação ao momento atual da criança. | ✓ Realizada por estudantes de Psicologia do 3º e 4º anos de Psicologia da PUC-SP (Auxiliares de Pesquisa).<br>✓ No GE, realizada após as 20 sessões com a TS.<br>✓ No GP, realizada após os 20 encontros para brincar.<br>✓ No GC, realizada após 20 semanas da T0.<br>✓ Aplicação da escala CBCL a dois orientadores socioassistenciais.<br>✓ Nas reaplicações do CBCL/6-18, instruiu-se os orientadores a basearem as suas avaliações nas 20 semanas após o tratamento (GE); nos demais grupos | ✓ Realizada por estudantes de Psicologia do 3º e 4º anos de Psicologia da PUC-SP (Auxiliares de Pesquisa).<br>✓ Realizada 6 meses após a T1 com as crianças do GE.<br>✓ Aplicação da escala CBCL a dois orientadores socioassistenciais.<br>✓ Nas reaplicações do CBCL/6-18, instruiu-se os orientadores a basearem as suas avaliações nos seis meses após o tratamento (GE).<br>✓ Aplicação do WISC-III (subteste Cubos e Vocabulário). |

| | | |
|---|---|---|
| ✓ Crianças que apresentaram resultados no CBCL na faixa clínica e/ou limítrofe, associados a fatores externalizantes, internalizantes e Total de Problemas foram incluídas na pesquisa.<br>✓ TCLE foi assinado pelas crianças.<br>✓ Aplicação do WISC-III (subteste Cubos e Vocabulário).<br>✓ Aplicação da Escala de Qualidade de Vida (AUQEI).<br>✓ Crianças foram inseridas nos diferentes grupos de pesquisa (GE, GC e GP). | (GC e GP), nas 20 semanas após T0.<br>✓ Aplicação do WISC-III (subteste Cubos e Vocabulário).<br>✓ Aplicação da Escala de Qualidade de Vida (AUQEI). | ✓ Aplicação da Escala de Qualidade de Vida (AUQEI). |

- A equipe de avaliação foi constituída por seis estudantes do 3º e 4º anos de Psicologia da PUC/SP que atuaram como auxiliares de pesquisa, fazendo a aplicação e avaliação dos instrumentos usados na pesquisa. Essas avaliações foram supervisionadas, quinzenalmente, pela pesquisadora, a qual fornecia informações sobre o preenchimento das escalas, aplicação do WISC-III e avaliação de todos os instrumentos. Também respondia às dificuldades específicas surgidas no decorrer do referido preenchimento, assim como em sua correção.

- Visita da pesquisadora e das auxiliares de pesquisa às Instituições de Acolhimento que permitiram o acesso a suas dependências. Nessa visita houve uma reunião com a equipe técnica e com os orientadores socioassistenciais responsáveis que trabalhavam com as crianças.

- Preenchimento junto com o coordenador da Instituição da ficha de identificação da criança.

- Assinatura do TCLE (Apêndice 2) pelos responsáveis das Instituições de Acolhimento.

- As auxiliares de pesquisa aplicaram o inventário CBCL/6-18 aos orientadores socioassistenciais da seguinte forma:

✓ Entregaram, para cada um, uma folha de resposta do inventário, falando: “Eu vou ler para você as questões deste inventário e vou anotar suas respostas”. As respostas foram anotadas na folha do aplicador.

- Após a avaliação dos resultados do CBCL/6-18, as auxiliares de pesquisa entraram em contato individual com cada criança, em uma sala da Instituição de Acolhimento.
- Nesse momento, o TCLE foi lido e explicado, sendo sanadas as dúvidas que a criança pudesse ter e perguntado à criança se ela concordava em participar da pesquisa.
- A seguir, foram aplicados o teste WISC-III (subteste Vocabulário e Cubos) e a escala de qualidade de vida AUQEI.
- Após a avaliação T0, as crianças foram distribuídas em três grupos.

## 7.11Procedimento de Atendimento

### 7.11.1 Grupo Experimental (GE)

- No atendimento ao GE, além da pesquisadora, participaram duas psicólogas auxiliares. Todas as terapeutas tinham formação em Psicologia, com experiência na área clínica e treinamento na TS. As psicólogas auxiliares receberam supervisão quinzenal da pesquisadora, durante o atendimento ao GE. A pesquisadora atendeu a 13 crianças do GE, enquanto as psicólogas auxiliares atenderam a cinco e duas crianças, cada uma.
- Após a avaliação (T0), a pesquisadora e as psicólogas auxiliares foram apresentadas às crianças participantes do GE pela responsável da Instituição de Acolhimento, no próprio local em que elas viviam. Nesse momento, foram explicadas em grupo, a todas as crianças, as etapas da pesquisa.
- A TS foi individual, num total de 20 sessões, com frequência semanal, cada sessão durando em média 45 minutos.
- No primeiro encontro, a terapeuta falou para a criança: “Você tem aqui várias miniaturas e duas caixas de areia: uma com areia seca e a outra com a areia molhada. Você vai poder brincar com estes objetos que estão nesta sala. Gostaria que você fizesse um cenário utilizando as miniaturas que você quiser. Depois que você terminar e sair da sala, vou fotografar o que você fez”.

- A terapeuta anotou as expressões verbais da criança e realizou o acolhimento de seus sentimentos e verbalizações. A sessão terminou no momento em que a criança comunicou que tinha finalizado e que desejava ir embora. Após a saída da criança, a terapeuta fotografou os cenários.
- Após o término das 20 (vinte) sessões de terapia, todas as crianças participantes da pesquisa foram avaliadas (T1), com os mesmos instrumentos da T0. No CBCL/6-18, os respondentes eram os orientadores socioassistenciais (não necessariamente os mesmos da T0, devido às modificações nos quadros dos funcionários das instituições e ao regime de trabalho por turnos. No total das instituições (22), apenas uma delas manteve o mesmo quadro de funcionários, ao longo desta pesquisa.
- Após 6 meses do término do tratamento, realizou-se a avaliação (T2), com os mesmos instrumentos da T0 e T1.
- As crianças que na T2 apresentaram sintomas clínicos foram encaminhadas para uma clínica especializada.

### 7.11.2 Grupo Placebo (GP)

- As auxiliares de pesquisa e uma psicóloga auxiliar (com experiência na área clínica) foram apresentadas às crianças pela responsável da Instituição de Acolhimento, no próprio local em que elas viviam. Nessa ocasião foram explicadas em grupo, a todas as crianças, as etapas da pesquisa.
- As auxiliares de pesquisa atenderam a oito crianças, e a psicóloga auxiliar 12 crianças.
- Iniciaram-se os encontros individuais com as crianças do GP, num total de 20 encontros, com duração de até 45 minutos.
- A caixa de areia era apresentada a cada criança com as seguintes instruções: “Você pode brincar com este material que tem aqui: caixa com areia, rastelo e pedras”. Nesse momento, a criança podia ou não verbalizar seus sentimentos. O encontro terminou quando a criança disse que tinha terminado e que desejava ir embora.
- Os sentimentos verbalizados não foram interpretados.
- Após o término dos 20 (vinte) encontros, todas as crianças participantes do GP foram avaliadas (T1).

- Realizou-se a avaliação por uma auxiliar de pesquisa que não aquela que realizou os encontros com as crianças. Foram aplicados os mesmos instrumentos da T0.
- As crianças que passaram pela T1 e apresentaram sintomas clínicos foram encaminhadas para uma clínica especializada.
- Não foi possível realizar a T2 nessas crianças, porque muitas delas saíram das instituições nos seis meses de intervalo entre a T1 e a T2, havendo além disso a necessidade, em vários casos, de encaminhamento para tratamento psicológico após os 20 encontros.

No Quadro 3, podemos fazer a comparação entre os atendimentos do GE e do GP.

**Quadro 3 –** Procedimento de atendimento para o GE e GP.

| GE | GP |
|---|---|
| ✓ 20 sessões semanais e individuais com a TS, duração média de 45 minutos.<br>✓ Atendimento realizado pela pesquisadora e duas psicólogas auxiliares.<br>✓ Psicólogas com treinamento na TS.<br>✓ Pesquisadora atendeu a 13 crianças.<br>✓ As psicólogas auxiliares, a sete crianças. | ✓ 20 encontros semanais e individuais para brincar com areia e pedras, duração média de 20 minutos.<br>✓ Atendimento realizado pelas auxiliares de pesquisa e uma psicóloga auxiliar.<br>✓ As auxiliares de pesquisa atenderam a 8 crianças.<br>✓ A psicóloga auxiliar, a 12 crianças. |

### 7.11.3 Grupo Controle (GC)

- Na avaliação T0, as auxiliares de pesquisa foram apresentadas às crianças pela responsável da Instituição de Acolhimento, no próprio local em que elas viviam. Nesse momento, foram explicadas em grupo, a todas as crianças, as etapas da pesquisa.
- A avaliação foi realizada individualmente, em uma sala da instituição.
- Após 20 semanas, todas as crianças participantes do GC foram avaliadas com os mesmos instrumentos da T0.
- As crianças que passaram pela T1 e revelaram sintomas clínicos foram encaminhadas para uma clínica especializada.
- Não foi possível realizar a T2 nessas crianças, porque muitas delas saíram das instituições nos seis meses de intervalo entre a T1 e a T2, havendo além disso a necessidade do encaminhamento dos participantes para tratamento psicológico após 20 semanas.

## 7.12 Cuidados Éticos

- Firmou-se um TCLE com os responsáveis das Instituições de Acolhimento onde as crianças viviam e um Termo de Assentimento com as crianças participantes. (Apêndice 2).
- Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa/PUC-SP (Anexo C).

**Número do parecer**: 29730. **CAAE**: 01873412.8.0000.5482.

**Considerações sobre a Pesquisa**:

A pesquisa trata de questão relevante e inadiável. O relator considera o trabalho pertinente.

- Encaminhamento das crianças que participaram da pesquisa e que não apresentaram melhoras nas avaliações para clínicas de Psicologia de faculdades e de profissionais que viabilizaram o tratamento.

# 8 RESULTADOS

## 8.1 Análise Estatística

Iniciou-se pelas diferenças entre os grupos para as quatro medições no momento T0. Foi necessário verificar se a distribuição era aderente à normal. Foi realizado o teste de Shapiro Wilk, apropriado às amostras menores. Todas as variáveis apresentaram não rejeição da hipótese nula de normalidade, ou seja, foram aderentes à normal. Por isso, empregou-se uma estatística paramétrica, no caso, a ANOVA.

## 8.2 Descrição da Amostra

### Caracterização da população estudada

**Tabela 1 –** Descrição da amostra: distribuição por Idade

| | GE | GC | GP | Total de casos | p-valor[1] |
|---|---|---|---|---|---|
| Idade média em anos | 8,6 | 8,3 | 8,0 | 116,1 | 0,276 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste ANOVA: considerou-se, a partir do teste Levene, variância homogênea entre os grupos

Participaram do estudo 60 crianças, com idade mínima de 6 anos e 6 meses e máxima de 10 anos, sendo que a média foi de 8,6 anos, no GE; 8,3 anos, no GC e 8,0, no GP. Não houve diferença etária significativa entre os grupos.

**Tabela 2** – Descrição da amostra: sexo dos Participantes

| Sexo (% de casos) | GE | GC | GP | Total de casos | p-valor[1] |
|---|---|---|---|---|---|
| Masculino | 35,0% | 65,0% | 25,0% | 41,7% | 0,028 |
| Feminino | 65,0% | 35,0% | 75,0% | 58,3% | |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste qui-quadrado

Em relação ao sexo, a distribuição foi de meninos (41,7%) e meninas (58,3%). Existiu diferença entre os grupos. No GE (35% do sexo masculino e 65% do sexo feminino); no GC (65% do sexo masculino e 35% do sexo feminino), e no GP (25% do sexo masculino e 75% do sexo feminino).

**Tabela 3 –** Descrição da amostra: visitas de Familiares

| Recebe visita (% de casos) | GE | GC | GP | Total de casos | p-valor[1] |
|---|---|---|---|---|---|
| Sim | 45,0% | 55,0% | 85,0% | 61,7% | 0,026 |
| Não | 55,0% | 45,0% | 15,0% | 38,3% | |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste qui-quadrado

Quanto às visitas de familiares, 61,7% recebiam e 38,5% não recebiam visitas. Especificamente no GE, 45% recebiam visitas e 55% não recebiam; no GC, 55% recebiam visitas e 45% não recebiam, e no GP, 85% recebiam visitas e 15% não recebiam. Houve diferença entre os grupos. Não existiu diferença significativa entre o grupo experimental e de controle, os quais eram homogêneos. O GP recebia mais visitas.

**Tabela 4 –** Descrição da amostra: motivo de acolhimento

| Motivo (% de casos) | GE | GC | GP | Total de casos | p-valor[1] |
|---|---|---|---|---|---|
| Negligência | 55,0% | 45,0% | 45,0% | 48,3% | 0,766 |
| Outros[2] | 45,0% | 55,0% | 55,0% | 51,7% | |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste qui-quadrado
2: Abuso sexual, maus tratos, situação de rua

Em relação ao motivo de acolhimento, no total da amostra, para 48,3% o motivo de acolhimento foi negligência, e para 51,7% por abuso sexual, maus tratos e situação de rua. No GE, 55% foi por negligência e 45%, por outros motivos; no GC, 45% foi por negligência e 55%, por outros motivos; e no GP, 45% foi por negligência e 55%, por outros motivos. Os grupos GE, GC e GP eram homogêneos em relação ao motivo de acolhimento.

**Tabela 5 –** Descrição da amostra: tempo de acolhimento

| | GE | GC | GP | Total de casos | p-valor[1] |
|---|---|---|---|---|---|
| Tempo médio em meses | 23,8 | 13,2 | 20,6 | 19,2 | 0,133 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste ANOVA: considerou-se, a partir do teste Levene, variância homogênea entre os grupos

O tempo de acolhimento teve uma variação entre 13,2 meses e 23,2 meses, na amostra estudada. No GE, 23,8 meses, no GC, 13,2 meses, e no GP, 20,6 meses. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao tempo de acolhimento.

### 8.2.1 Resultados das Avaliações

**Tabela 6 -** Teste de normalidade das variáveis no momento T0 WISC-III – subtestes Vocabulário e Cubos.

| | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|
| | Estatística | Grau de Liberdade | p-valor |
| WISC Vocabulário (Pontos Brutos) | 0,982 | 60 | 0,537 |
| WISC Vocabulário (Pontos Ponderados) | 0,960 | 60 | 0,255 |
| WISC Cubos (Pontos Brutos) | 0,904 | 60 | 0,072 |
| WISC Cubos (Pontos Ponderados) | 0,907 | 60 | 0,084 |

Observamos que, em T0, no subteste Vocabulário, 48 crianças apresentaram resultados abaixo da sua idade cronológica, 7 apresentaram resultado adequado à idade e 5 apresentaram resultados acima de sua idade. No subteste Cubos, 46 crianças obtiveram resultados abaixo do esperado para sua idade, 6 obtiveram resultado adequado e 8 apresentaram resultado acima de sua idade.

**Tabela 7 -** TESTE ANOVA PARA VERIFICAÇÃO DAS DIFERENÇAS ENTRE OS GRUPOS NO WISC-III (SUBTESTES VOCABULÁRIO E CUBOS), NO MOMENTO T0.

| Variáveis | Valores médios | | | Desvio-Padrão | | | p-valor[1] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GE | GC | GP | GE | GC | GP | |
| WISC Vocabulário (Pontos Brutos) | 13,5 | 12,2 | 12,63 | 6,2 | 5,7 | 5,8 | 0,424 |
| WISC Vocabulário (Pontos Ponderados) | 8,3 | 7,4 | 7,7 | 4,0 | 3,3 | 3,6 | 0,362 |
| WISC Cubos (Pontos Brutos) | 19,4 | 12,8 | 15,0 | 10,1 | 10,8 | 12,7 | 0,058 |
| WISC Cubos (Pontos Ponderados) | 10,3 | 8,7 | 9,2 | 4,2 | 3,2 | 3,6 | 0,108 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Para o cálculo do teste Anova, considerou-se, a partir do teste Levene, variância homogênea entre os grupos.

**Tabela 8 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção WISC-III (subtestes Vocabulário e Cubos).

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| WISC Vocabulário (Pontos Brutos) | 13,5 | 15,8 | 0,044 | 12,2 | 13,4 | 0,874 | 12,6 | 11,2 | 0,956 |
| WISC Vocabulário (Pontos Ponderados) | 8,3 | 9,7 | 0,114 | 7,4 | 7,8 | 0,536 | 7,7 | 6,2 | 0,126 |
| WISC Cubos (Pontos Brutos) | 19,4 | 23,3 | 0,082 | 12,8 | 11,0 | 0,741 | 15,0 | 15,4 | 0,476 |
| WISC Cubos (Pontos Ponderados) | 10,3 | 11,3 | 0,157 | 8,7 | 8,2 | 0,705 | 9,2 | 8,6 | 0,560 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

No teste WISC-III, subteste Vocabulário, de T0 para T1 o GE demonstrou diferença significativa quanto aos pontos brutos (PB).

Em relação à Escala de Qualidade de Vida – Auqei, os resultados são os seguintes:

**Tabela 9 -** Teste de normalidade da variável AUQEI no momento T0.

| | Shapiro-Wilk | | |
|---|---|---|---|
| | **Estatística** | **Grau de Liberdade** | **p-valor** |
| AUQUEI | 0,971 | 60 | 0,160 |

**Tabela 10 -** Teste ANOVA para verificação das diferenças entre os grupos (AUQEI).

| **Variável** | **Valores médios** | | | **Desvio-Padrão** | | | **p-valor[1]** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **GE** | **GC** | **GP** | **GE** | **GC** | **GP** | |
| AUQEI | 48,9 | 48,5 | 49,2 | 8,0 | 6,9 | 7,4 | 0,960 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Para o cálculo do teste Anova, considerou-se, a partir do teste Levene, variância homogênea entre os grupos

No momento T0 os grupos exibiram valores médios que indicaram boa qualidade de vida: GE, 48,9, GC, 48,5, e GP, 49,2.

**Tabela 11 -** Teste Qui-quadrado para verificação da associação entre os grupos (AUQEI).

| **Variável** | | **% de casos** | | | **p-valor[1]** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **GE** | **GC** | **GP** | |
| AUQEI | Sim | 65,0% | 70,0% | 85,0% | **0,330** |
| | Não | 35,0% | 30,0% | 15,0% | |
| | Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo

**Tabela 12 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (AUQEI bruto).

| **Variável** | **GE** | | | **GC** | | | **GP** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| AUQEI (bruto) | 48,9 | 50,0 | 0,542 | 48,5 | 46,2 | 0,142 | 49,2 | 48,5 | 0,587 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

Não houve diferença significativa entre T0 e T1, nos diferentes grupos, quanto à qualidade de vida.

Conforme explicitado nas Tabelas 10, 11 e 12 também não houve diferença significativa entre os três grupos, sendo que a maioria dos participantes revelou boa qualidade de vida.

Em relação ao CBCL, os resultados foram os seguintes:

**Tabela 13 -** Teste de normalidade das variáveis do CBCL/6-18 em T0.

| | **Shapiro-Wilk** | | |
|---|---|---|---|
| | **Estatística** | **Grau de Liberdade** | **p-valor** |
| Fatores internalizantes | 0,960 | 60 | 0,202 |
| Fatores externalizantes | 0,980 | 60 | 0,443 |
| Total de Problemas | 0,943 | 60 | 0,111 |

**Tabela 14 -** Teste ANOVA para verificação das diferenças entre os grupos no CBCL/6-18 em T0

| **Variável** | **Valores médios** | | | **Desvio-Padrão** | | | **p-valor[1]** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **GE** | **GC** | **GP** | **GE** | **GC** | **GP** | |
| Fatores internalizantes | 62,8 | 62,3 | 65,1 | 6,3 | 5,6 | 4,7 | 0,237 |
| Fatores externalizantes | 70,2 | 68,5 | 71,2 | 6,6 | 5,3 | 5,4 | 0,339 |
| Total de Problemas | 66,7 | 66,1 | 68,3 | 4,3 | 3,8 | 3,2 | 0,183 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Para o cálculo do teste Anova, considerou-se, a partir do teste Levene, variância homogênea entre os grupos

Não houve diferença significativa entre os três grupos, em T0, nos resultados do CBCL/6-18, tanto em relação aos fatores internalizantes quanto aos externalizantes e Total de Problemas.

**Tabela 15 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18).

| **Variáveis** | **GE** | | | **GC** | | | **GP** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **T0 média** | **T1 média** | **p-valor[1]** | **T0 média** | **T1 média** | **p-valor[1]** | **T0 média** | **T1 média** | **p-valor[1]** |
| Fatores internalizantes | 62,8 | 52,1 | < 0,001 | 62,3 | 62,0 | 0,637 | 65,1 | 64,3 | 0,486 |
| Fatores externalizantes | 70,2 | 59,2 | < 0,001 | 68,5 | 65,5 | 0,009 | 71,2 | 70,1 | 0,366 |
| Total de Problemas | 66,7 | 57,9 | <0,001 | 66,1 | 64,2 | 0,079 | 68,3 | 64,0 | 0,090 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

O GE apresentou melhora com resultado estatisticamente significativo nos fatores internalizantes, externalizantes e Total de Problemas. O GC apresentou melhora significativa nos fatores externalizantes. Todavia, como podemos observar, o GE teve uma melhora de 11 pontos, enquanto o GC uma melhora de 3 pontos na média. Portanto, o GE melhorou mais que o GC. O GP não apresentou melhora em nenhum dos fatores.

**Tabela 16 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Tempo de acolhimento até 12 meses

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Fatores internalizantes | 61,8 | 52,6 | 0,091 | 63,8 | 62,2 | 0,157 | 65,2 | 65,1 | 0,969 |
| Fatores externalizantes | 68,6 | 59,9 | 0,002 | 67,6 | 64,9 | 0,125 | 69,7 | 68,4 | 0,423 |
| Total de Problemas | 65,7 | 54,7 | 0,002 | 66,0 | 63,8 | 0,077 | 66,6 | 66,9 | 0,904 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

Crianças acolhidas até 12 meses não apresentaram diferença significativa no GC e GP. Para as crianças do GE, houve uma melhora estatisticamente significativa nos fatores externalizantes e Total de Problemas. Houve uma ligeira melhora nos fatores internalizantes no GE, contudo, não foi significativa.

**Tabela 17 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Tempo de acolhimento superior a 12 meses.

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Fatores internalizantes | 63,1 | 51,8 | 0,000 | 60,8 | 61,8 | 0,668 | 65,1 | 63,9 | 0,446 |
| Fatores externalizantes | 70,7 | 58,8 | 0,000 | 70,4 | 66,4 | 0,025 | 72,5 | 71,0 | 0,526 |
| Total de Problemas | 67,3 | 54,0 | 0,000 | 66,5 | 63,9 | 0,027 | 69,3 | 69,7 | 0,808 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

O tempo de acolhimento superior a 12 meses favoreceu uma melhora significativa em todos os fatores, no GE. O GC apresentou melhora significativa quanto aos fatores externalizantes e Total de Problemas, embora a média de melhora seja superior no GE.

**Tabela 18 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Motivo de Acolhimento: "Negligência".

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Fatores internalizantes | 60,5 | 52,3 | 0,049 | 61,6 | 59,2 | 0,058 | 63,9 | 62,6 | 0,734 |
| Fatores externalizantes | 72,0 | 59,3 | 0,001 | 68,2 | 64,8 | 0,019 | 69,8 | 67,1 | 0,852 |
| Total de Problemas | 66,7 | 54,4 | 0,010 | 65,1 | 61,8 | 0,005 | 66,8 | 66,5 | 0,530 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

Com relação ao motivo de acolhimento por negligência, os resultados assim se apresentaram: o GE e GC evidenciaram melhoras em todos os fatores, o GP não demonstrou diferença significativa em nenhum resultado. O GE obteve 8,2 e o GC, 2,4, na diferença da média nos fatores internalizantes. Nos fatores externalizantes, o GE obteve 12,7 e o GC, 3,4; e, no Total de Problemas, as diferenças entre as médias de T0 e T1 foram de 12,3 e 3,3, no GE e GP, respectivamente. Portanto, o GE revelou média de melhora maior em relação aos resultados do GC.

**Tabela 19 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Motivo de Acolhimento: "Outros Motivos".

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Fatores internalizantes | 64,4 | 51,8 | 0,001 | 63,7 | 65,4 | 0,405 | 66,1 | 65,7 | 0,566 |
| Fatores externalizantes | 68,3 | 59,4 | 0,001 | 69,4 | 66,3 | 0,175 | 72,9 | 72,6 | 0,366 |
| Total de Problemas | 66,9 | 54,1 | 0,001 | 67,4 | 66,2 | 0,342 | 69,6 | 70,5 | 0,884 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

Somente as crianças do GE, vítimas cujo motivo de acolhimento estava classificado em "outros motivos", tiveram melhoras de T0 para T1. Os participantes do GC e GP não apresentaram melhoras.

**Tabela 20 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Sexo masculino.

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Fatores internalizantes | 63,2 | 52,1 | 0,013 | 64,4 | 64,1 | 0,253 | 64,8 | 64,9 | 0,302 |
| Fatores externalizantes | 71,8 | 60,4 | 0,009 | 72,7 | 68,9 | 0,073 | 71,7 | 71,6 | 0,137 |
| Total de Problemas | 67,8 | 55,3 | 0,002 | 69,1 | 64,8 | 0,183 | 68,6 | 70,4 | 0,183 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

O GE obteve resultados estatisticamente significativos, no que tange ao sexo masculino, de T0 para T1. No GC e GP, não houve diferença significativa.

**Tabela 21 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) - Sexo Feminino.

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Fatores internalizantes | 61,6 | 52,0 | 0,003 | 61,6 | 60,8 | 0,105 | 66,0 | 62,5 | 0,302 |
| Fatores externalizantes | 66,5 | 56,9 | 0,001 | 66,6 | 63,7 | 0,067 | 70,9 | 65,8 | 0,137 |
| Total de Problemas | 64,8 | 52,3 | 0,001 | 64,6 | 63,3 | 0,183 | 67,7 | 63,7 | 0,123 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

Verificaram-se, no GE, resultados estatisticamente significativos em relação ao sexo feminino, de T0 para T1, nos fatores internalizantes, externalizantes e Total de Problemas. No GC e GP não houve diferença significativa.

Fizemos um recorte quanto à diferença de idade, participantes na faixa entre 6 anos e 6 meses até 8 anos e 11 meses e crianças de 9 a 10 anos. Abaixo, as tabelas com os respectivos resultados quanto ao CBCL/6-18.

**Tabela 22 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Idade de 6 anos e 6 meses a 8 anos e 11 meses.

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Fatores internalizantes | 56,8 | 50,1 | 0,050 | 59,4 | 60,6 | 0,587 | 64,2 | 63,8 | 0,791 |
| Fatores externalizantes | 69,1 | 60,3 | 0,014 | 69,9 | 66,9 | 0,064 | 72,1 | 70,5 | 0,576 |
| Total de Problemas | 63,4 | 54,4 | 0,001 | 65,4 | 63,5 | 0,111 | 69,1 | 68,8 | 0,746 |

1: Teste t para amostras pareadas

No GE houve diferença significativa entre T0 e T1, nessa faixa de idade, em todos os fatores e no Total de Problemas. Nos outros grupos (GC e GP) não houve diferença significativa.

**Tabela 23 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção (CBCL/6-18) – Idades de 9 a 10 anos.

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Fatores internalizantes | 65,2 | 52,6 | 0,001 | 65,1 | 63,2 | 0,121 | 66,3 | 64,9 | 0,502 |
| Fatores externalizantes | 70,3 | 58,7 | 0,001 | 67,7 | 64,3 | 0,077 | 70,8 | 69,6 | 0,203 |
| Total de Problemas | 68,2 | 54,2 | 0,001 | 66,8 | 64,1 | 0,032 | 68,7 | 68,6 | 0,965 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

Para a idade de 9 a 10 anos, houve diferença significativa em todos os itens no GE, enquanto que no GC houve melhoras no Total de Problemas. No GP não houve melhoras em nenhum dos fatores. Observando a diferença entre as médias nos momentos T0 e T1, temos que o GE apresentou 14,0 e o GC 2,7. Portanto, o GE revelou uma média bastante superior à do GC.

**Tabela 24 -** Teste para verificação das diferenças entre os grupos antes e após a intervenção – CBCL/6-18: Fatores Externalizantes.

| Variáveis | GE | | | GC | | | GP | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] | T0 média | T1 média | p-valor[1] |
| Violação de Regras | 66,1 | 58,2 | 0,001 | 66,2 | 65,1 | 0,051 | 70,4 | 70,2 | 0,199 |
| Comportamento Agressivo | 69,2 | 60,7 | 0,001 | 71,3 | 67,9 | 0,002 | 73,8 | 71,9 | 0,005 |

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo de Controle; GP: Grupo Placebo
1: Teste t para amostras pareadas

Quanto à violação de regras, o GE e GC indicaram resultados estatisticamente significativos entre T0 e T1. O GP não demonstrou resultados significativos. Em relação a comportamento agressivo, os três grupos obtiveram resultados estatisticamente significativos. No que concerne à média entre T0 e T1, temos: GE, 8,5, GC, 3,4, e GP,1,9. Portanto, o GE apresentou a melhor média em relação aos outros grupos.

**Avaliação em T2**

Somente o GE foi avaliado em T2, porque não foi possível realizar a T2 em GC e GP. Na verdade, várias crianças desses grupos foram encaminhadas para tratamento psicológico e/ou desacolhidas. Para T2 tivemos 12 crianças, pois 8 foram desacolhidas. Os motivos de desacolhimento foram adoção (uma criança do sexo masculino e uma do sexo feminino) e retorno às famílias (5 crianças do sexo masculino e uma do sexo feminino).

Abaixo, a análise estatística desse grupo de 12 crianças, nos três momentos de avaliação T0, T1 e T2. Iniciou-se pelas diferenças entre os grupos para as quatro medições no momento T0.

Foi necessário verificar se a distribuição era aderente à normal. Realizou-se o teste de Shapiro Wilk, apropriado às amostras menores. Todas as variáveis revelaram não rejeição da hipótese nula de normalidade, ou seja, foram aderentes à normal.

Por isso, seguiu-se utilizando uma estatística paramétrica, no caso, a ANOVA.

**Tabela 25 -** Teste de normalidade das variáveis em T0, T1 e T2 - WISC-III (subtestes Vocabulário e Cubos).

| | **Shapiro-Wilk** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Estatística** | | | **Grau de Liberdade** | | | **p-valor** | | |
| | **T0** | **T1** | **T2** | **T0** | **T1** | **T2** | **T0** | **T1** | **T2** |
| WISC Vocabulário (Pontos Brutos) | 0,982 | 0,985 | 0,953 | 60 | 60 | 12 | 0,537 | 0,602 | 0,685 |
| WISC Vocabulário (Pontos Ponderados) | 0,960 | 0,968 | 0,954 | 60 | 60 | 12 | 0,255 | 0,358 | 0,693 |
| WISC Cubos (Pontos Brutos) | 0,904 | 0,912 | 0,900 | 60 | 60 | 12 | 0,072 | 0,102 | 0,160 |
| WISC Cubos (Pontos Ponderados) | 0,907 | 0,911 | 0,939 | 60 | 60 | 12 | 0,084 | 0,104 | 0,490 |

**Tabela 26 -** Modelo Linear Geral para Medidas Repetidas WISC-III (subtestes Vocabulário e Cubos).

| Variáveis | Valores médios[1] | | | Desvio-Padrão | | | p-valor[2] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 | T1 | T2 | T0 | T1 | T2 | |
| WISC Vocabulário (Pontos Brutos) | 12,6 | 16,1 | 15,7 | 1,9 | 2,1 | 2,2 | 0,137 |
| WISC Vocabulário (Pontos Ponderados) | 7,9 | 10,2 | 8,0 | 4,6 | 5,3 | 4,8 | 0,174 |
| WISC Cubos (Pontos Brutos) | 15,9 | 22,5 | 28,0 | 13,9 | 14,9 | 18,1 | 0,027 |
| WISC Cubos (Pontos Ponderados) | 9,8 | 11,0 | 10,1 | 4,3 | 4,3 | 4,8 | 0,488 |

1: Foram considerados os 12 casos como válidos nas 3 mensurações
2: Significância do teste Pillai's Trace

Quanto ao WISC-III, subteste Vocabulário, não houve diferença significativa, na amostra referente às 12 crianças. O WISC-III, subteste Cubos (pontos brutos) indicou uma diferença estatisticamente significante.

**Tabela 27 –** Comparação de pares entre T0, T1 e T2 (WISC-III) subteste cubos.

| (I) Períodos | (J) Períodos | Diferença Média (I-J) | Erro Padrão | Sig.[a] | 95% Intervalo de Confiança para Diferenças[a] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Limite inferior | Limite superior |
| T0 | T1 | -6,583 | 3,173 | ,062 | -13,567 | ,400 |
| | T2 | -12,083* | 3,566 | ,006 | -19,933 | -4,234 |
| T1 | T0 | 6,583 | 3,173 | ,062 | -,400 | 13,567 |
| | T2 | -5,500 | 2,639 | ,061 | -11,307 | ,307 |
| T2 | T0 | 12,083* | 3,566 | ,006 | 4,234 | 19,933 |
| | T1 | 5,500 | 2,639 | ,061 | -,307 | 11,307 |

Baseado em medias marginais estimadas
a. Ajuste para comparação múltipla: Diferença Menos Significante (equivalente a nenhum ajuste)
*. A diferença media é significante no nível .05

Houve diferença significativa entre T0 e T2.

**Tabela 28 -** Modelo Linear Geral para Medidas Repetidas (CBCL/6-18).

| Variável | Valores médios[1] | | | Desvio-Padrão | | | p-valor[2] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 | T1 | T2 | T0 | T1 | T2 | |
| Fatores Internalizantes | 59,6 | 53,4 | 54,3 | 6,8 | 4,5 | 3,2 | 0,269 |
| Fatores Externalizantes | 68,3 | 55,4 | 56,5 | 4,9 | 4,5 | 8,4 | 0,020 |
| Total de Problemas | 65,5 | 55,5 | 53,3 | 1,1 | 2,6 | 2,9 | 0,032 |

1: Foram considerados os 12 casos como válidos nas 3 mensurações
2: Significância do teste Pillai's Trace

**Tabela 29 –** Comparação de pares entre T0, T1 e T2 - CBCL/6-18: Fatores Externalizantes.

| (I) Períodos | (J) Períodos | Diferença Média (I-J) | Erro padrão | Sig.[a] | 95% Intervalo de Confiança para Diferenças[a] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Limite Inferior | Limite Superior |
| T0 | T1 | 12,833* | 2,358 | ,003 | 6,771 | 18,895 |
| | T2 | 11,750* | 3,046 | ,012 | 3,920 | 19,580 |
| T1 | T0 | -12,833* | 2,358 | ,003 | -18,895 | -6,771 |
| | T2 | -1,083 | 1,930 | ,599 | -6,044 | 3,877 |
| T2 | T0 | -11,750* | 3,046 | ,012 | -19,580 | -3,920 |
| | T1 | 1,083 | 1,930 | ,599 | -3,877 | 6,044 |

Baseado em medias marginais estimadas
a. Ajuste para comparações múltiplas: Diferença Menos Significante (equivalente a nenhum ajuste)
*. A diferença é significante no nível .05
Nas 12 crianças houve melhoras estatisticamente significativas nos fatores externalizantes entre T0, T1 e T2, mostrando que as melhoras permaneceram, seis meses após o término do tratamento.

**Tabela 30 –** Comparação de pares entre T0, T1 e T2 - Total de Problemas.

| (I) Períodos | Diferença Média (I-J) | | Erro padrão | Sig.[a] | 95% Intervalo de Confiança para Diferenças[a] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Limite Inferior | Limite Superior |
| T0 | 10,000* | T1 | 2,753 | ,008 | 3,490 | 16,510 |
| | 12,375* | T2 | 3,215 | ,006 | 4,772 | 19,978 |
| T1 | -10,000* | T0 | 2,753 | ,008 | -16,510 | -3,490 |
| | 2,375 | T2 | 1,583 | ,177 | -1,369 | 6,119 |
| T2 | -12,375* | T0 | 3,215 | ,006 | -19,978 | -4,772 |
| | -2,375 | T1 | 1,583 | ,177 | -6,119 | 1,369 |

Baseado em medias marginais estimadas
a. Ajuste para comparações múltiplas: Diferença Menos Significante (equivalente a nenhum ajuste)
*. A diferença é significante no nível .05

Houve melhoras, com resultados estatisticamente significativos, de T0 para T1, e de T0 para T2, no que concerne a Total de Problemas. De T1 para T2 não houve diferença significativa, realçando a manutenção dos resultados obtidos em T1.

**Tabela 31 -** Modelo Linear Geral para Medidas Repetidas (AUQEI bruto).

| Variável | Valores médios[1] | | | Desvio-Padrão | | | p-valor[2] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | T0 | T1 | T2 | T0 | T1 | T2 | |
| AUQEI BRUTO | 46,4 | 49,5 | 50,8 | 8,3 | 9,5 | 7,8 | 0,300 |

1:Foram considerados os 12 casos como válidos nas 3 mensurações
2: Significância do teste Pillai's Trace

O resultado do teste de qualidade de vida não apresentou resultado estatisticamente significativo para esse grupo de 12 crianças. As crianças mantiveram boa qualidade de vida.

# 9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ESTATÍSTICOS

O presente estudo foi realizado em Instituições de Acolhimento com crianças que foram vítimas de traumas relacionados a negligência, abandono, abuso sexual e/ou físico e/ou psicológico e que viviam em situação de rua.

Observamos que todas as crianças testadas preencheram os critérios clínicos e/ou limítrofes no CBCL/6-18, corroborando com as conclusões de Hildyard e Wolfe (2002) de que crianças negligenciadas podem ter sérios comprometimentos em curto e longo prazo, nos processos cognitivos, socioemocionais e comportamentais, e evidenciando um desafio significativo quanto ao seu desenvolvimento e bem-estar.

Da mesma forma que D'Andrea *et al.* (2012), consideramos que a variedade de sintomas apresentados pode indicar desregulação afetiva e comportamental nas crianças desta pesquisa.

Conforme explicitado no capítulo sobre o Método, apenas um grupo recebeu a TS. A distribuição das crianças nos três grupos seguiu os critérios anteriormente explicitados.

Percebemos que os três grupos foram homogêneos quanto à idade, motivo e tempo de acolhimento. Tanto o GE como o GP tiveram mais crianças do sexo feminino, enquanto que no GC a relação foi inversa. Os resultados também mostraram que o GP recebia mais visitas que os outros dois grupos.

As crianças dos três grupos, em T0, encontravam-se com resultados equivalentes no WISC-III, sendo que 76,7% no subteste Cubos e 80% no subteste Vocabulário com desempenho abaixo da idade. Esses resultados confirmaram a pesquisa realizada por Van Ijzendoorn e Juffer (2006), para quem uma das características da institucionalização é a escassa estimulação motora, sensorial e cognitiva o que tem como consequência atrasos no desenvolvimento da linguagem e na função cognitiva. Essa constatação é preocupante, conforme ressaltaram outros autores, como Glaser (2000), van der Kolk (1989) e van der Kolk *et al* (2005b), os quais afirmaram que, assim como a negligência, a falta de estímulo ambiental, durante períodos críticos do desenvolvimento do cérebro, podem levar ao deficit permanente de habilidades cognitivas. Esses déficits são definitivos ou não e podem influenciar por toda a vida. O GE, em T1, exibiu melhora significativa no WISC III (subteste Vocabulário) em pontos brutos, conforme indicado na Tabela 8. Tal resultado pode ter sido decorrente do processo terapêutico, pois, como Siegel (2003) apontou, a relação de confiança com um outro, neste caso o terapeuta, promoveu uma melhora na comunicação emocional e no diálogo reflexivo.

Em relação à qualidade de vida (QV), todas as crianças revelaram boa qualidade de vida, sem diferença significativa entre T0, T1 e T2. O acolhimento, no caso desta amostra, pode ter tido o mesmo efeito de proteção preconizado pelo ECA, pois se verificou que a maioria dos participantes têm uma percepção subjetiva de bem-estar. Ter educação, alimentação, vestuário, cuidados ligados à saúde e ser cuidado pareceram ser fatores importantes para as crianças desta investigação. Conforme Prada *et al.* (2007), a instituição de acolhimento deve ter fatores de proteção predominantes em suas características físicas e humanas, os quais provavelmente estão presentes nas instituições participantes. Outro fator significativo neste quesito pode ter sido o estabelecimento de vínculos afetivos entre as crianças acolhidas, seus pares e irmãos, conforme sublinhado por Alexandre e Vieira (2004).

Quanto ao CBCL/6-18, os resultados revelaram que todas as crianças apresentavam resultados limítrofes e/ou clínicos, nos fatores externalizantes, internalizantes e Total de Problemas (Apêndice 4). Esses resultados foram compatíveis com a revisão de literatura, na qual foi possível constatar que crianças vítimas de trauma têm alterações significativas nesse teste (SPINAZZOLA *et al.*, 2013).

Como os três grupos foram homogêneos quanto ao resultado do WISC-III e CBCL/6-18 em T0, a falta de randomização provavelmente não foi um fator que influenciou os resultados.

As crianças do GE, com tempo de acolhimento até 12 meses, obtiveram melhoras nos fatores externalizantes e Total de Problemas, fato não observado quanto aos fatores internalizantes. Já as crianças com tempo superior a 12 meses de acolhimento tiveram melhora significativa nesse fator, fatores externalizantes e Total de Problemas, com p=0,000. Podemos refletir se o efeito da institucionalização não foi um fator que influiu nessa variável, isto é, crianças recém-abrigadas poderiam estar sob o impacto da recente separação dos pais, ruptura da família, afastamento do seu ambiente, enfrentando a necessidade de se adaptar a uma instituição estranha com regras e limites, situação em geral provocadora de ansiedade, depressão e retraimento, fatores que com o passar do tempo e sob o efeito do processo terapêutico, foram significativamente diminuídos. Por outro lado podemos afirmar que sómente o fator tempo não foi suficiente para alterar os fatores internalizantes, já que não houve melhoras nos outros grupos.

Um resultado interessante foi a melhora nos fatores externalizantes e Total de Problemas das crianças no GC com mais tempo de abrigamento e motivo de acolhimento "negligência".

Dentro dos fatores externalizantes, cabe frisar que houve uma redução do comportamento agressivo nos três grupos. Seria essa redução decorrente das regras das instituições? Poderia ser efeito da institucionalização? Muitas dessas crianças que viviam na rua ou em lares desorganizados, pela primeira vez, habitavam um lugar que tinha estrutura e ordem, com regras a serem cumpridas, lugar para dormir e horários de refeições. Durante nossa intervenção, observamos regras de controle bastante claras: quando a criança demonstrava "mau comportamento", era privada de alguns privilégios, como, por exemplo: não assistir ao programa de televisão de que mais gostava, não ir ao passeio com o grupo, ou não comer a sobremesa, entre outros. É possível que esses controles possam ter contribuído para a diminuição dos comportamentos agressivos nos três grupos, mas com uma significância maior no GE.

Esses mesmos controles podem ter colaborado para a boa percepção de qualidade de vida dos três grupos, durante toda a pesquisa, fato comprovado pelo AUQEI.

Aqui se coloca uma questão: por que o GC teve uma evolução positiva no quesito "violação de regras" e o GP não? É importante notar que a melhora no GE, nessa variável, foi superior à do GC, possivelmente resultado da TS.

Como vimos, os três grupos eram homogêneos com respeito ao motivo de acolhimento. A questão que decorre é: o motivo de acolhimento influenciou os resultados do CBCL/6-18?

Quanto às crianças que estavam abrigadas por "negligência", tivemos uma melhora nos fatores externalizantes e Total de Problemas no GE e GC, mas não no GP. Nas crianças abrigadas por "outros motivos", a melhora aconteceu apenas no GE, mostrando o efeito da TS. Podemos questionar se as crianças vítimas de "negligência" estariam menos traumatizadas e se o acolhimento teria sido fator de proteção. Estariam as crianças vítimas de negligência mais adaptadas à instituição, a qual poderia ser um fator de proteção em relação ao ambiente de origem?

O sexo não foi um fator que influenciou os resultados, na medida em que a melhora ocorreu apenas no GE, tanto para meninos como para meninas.

Independentemente da idade, o GE teve uma melhora significativa em todos os fatores. Contudo, houve uma diminuição no Total de Problemas no GC, mas inferior à do GE.

Outra questão analisada foi se as melhoras apresentadas no GE se mantiveram após seis meses do término do tratamento. A melhora já descrita no WISC-III Vocabulário (pontos brutos), em T1, manteve-se em T2. Todavia, houve uma melhora de T1 para T2 no WISC-III Cubos (pontos brutos).

No que concerne ao CBCL/6-18, observamos que, enquanto houve uma manutenção dos resultados dos fatores internalizantes em T2, a melhora obtida em T1 continuou a progredir nos fatores externalizantes e Total de Problemas, após seis meses do término do tratamento.

Podemos concluir, quanto às hipóteses iniciais da pesquisa:

**H1** A TS promoveu uma mudança nos escores dos resultados limítrofes e/ou clínicos dos fatores internalizantes, externalizantes e total de problemas.

**H2** A TS promoveu uma melhora na capacidade de percepção, de análise e de síntese visoespacial somente no GE, em T2 (seis meses após o término do tratamento).

**H3** A TS promoveu uma melhora na capacidade de conhecer e abstrair o significado de um conceito, na expressão verbal e amplitude do vocabulário, em T1, e que se manteve estável em T2.

**H4** A TS não promoveu uma melhora na sensação subjetiva de bem-estar, a qual se manteve boa e estável de T0 até T2.

**H5** O efeito da TS continuou estável nos fatores internalizantes, enquanto houve uma melhora nos fatores externalizantes e Total de Problemas, após seis meses do término do tratamento.

No próximo capítulo faremos a análise qualitativa dos resultados da TS, que permitirá um aprofundamento dos dinamismos psicológicos presentes no decorrer do tratamento.

# 10 RESULTADOS QUALI-QUANTI DA TERAPIA DO SANDPLAY E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

> *O inconsciente é como a terra de um jardim, da qual brota a consciência. A consciência se desenvolve a partir de certos começos, e não surge logo como algo complexo e acabado. É na criança que se dá esse desenvolvimento da consciência [...] (JUNG, [1986b (1946)] par.102-103).*

A análise dos cenários da TS foi realizada a partir do método desenvolvido por Ramos e Matta (2008). Nesta pesquisa, alguns temas foram acrescentados à lista organizada por Matta (2006). Definimos para esta investigação duas categorias de temas: Categoria de temas que sugeriram a dor psíquica relacionada ao trauma (A) e Categoria com temas associados à transformação e à possibilidade de melhora psicológica (B). Cada uma dessas categorias, as quais estão descritas com maiores detalhes no Apêndice 5, englobam sete temas:

**Categoria A**

- Ameaça/Conflito
- Caótico/Destruição
- Raiva
- Machucado/Ferido
- Negligência
- Defesas/Cisão
- Escondido/Secreto/Misterioso

**Categoria B**

- Celebração
- Centralização
- Integração
- Caminho
- Nutrição
- Proteção/Cuidado
- Transferência

Para uma melhor análise do processo terapêutico das crianças participantes, dividimos os dados em duas fases: fase 1, sessões de 1 a 10, e fase 2, sessões de 11 a 20:

A1 = sessões de 1 a 10, com temas voltados para a categoria A

B1 = sessões de 11 a 20, com temas ligados à categoria B

A2 = sessões de 11 a 20, com temas relacionados à categoria A

B2 = sessões de 11 a 20, com temas associados à categoria B

A tabela a seguir mostra a evolução dos processos terapêuticos das 20 crianças participantes desta pesquisa.

**Tabela 32 -** Teste para verificação das diferenças entre as proporções de temas negativos (A1 e A2) e temas positivos (B1 e B2) da TS.

| **Variáveis** | **Grupo experimental** | |
|---|---|---|
| | **Proporção média** | **p-valor[1]** |
| A1 – proporção entre o número de cenários com temas negativos e o total de cenários (sessões 1-10) | 46,3% | 0,333 |
| B1 – proporção entre o número de cenários com temas positivos e o total de cenários (sessões 1-10) | 53,7% | |
| A2 – proporção entre o número de cenários com temas negativos e o total de cenários (sessões 11-20) | 35,6% | 0,001 |
| B2 – proporção entre o número de cenários com temas positivos e o total de cenários (sessões 11-20) | 64,4% | |
| A1 – proporção entre o número de cenários com temas negativos e o total de cenários (sessões 1-10) | 46,3% | 0,002 |
| A2 – proporção entre o número de cenários com temas negativos e o total de cenários (sessões 11-20) | 35,6% | |
| B1 – proporção entre o número de cenários com temas positivos e o total de cenários (sessões 1-10) | 53,7% | 0,002 |
| B2 – proporção entre o número de cenários com temas positivos e o total de cenários (sessões 11-20) | 64,4% | |

1: Teste t para amostras pareadas

Não existiu diferença entre temas negativos (A1) e positivos (B1), nas sessões de 1-10. Portanto, até a metade do tratamento, as crianças apresentaram números equivalentes de cenários positivos e negativos. No final do processo, houve um aumento significativo de cenários positivos e também uma diminuição significativa de cenários negativos (A2 < B2). Houve uma diminuição significativa nos cenários negativos na segunda fase do tratamento

(A2< A1) e uma proporção significativamente maior de cenários positivos (B2 > B1). Uma caixa de areia pode ter um ou mais temas, alguns dos quais se evidenciaram devido à sua maior frequência, e podem ser visualizados na tabela abaixo:

**Tabela 33 -** Teste para verificação das diferenças entre as médias de temas negativos (A1 e A2) e temas positivos (B1 e B2) da TS.

| **Variáveis** | | **Grupo experimental** | |
|---|---|---|---|
| | | **Média** | **P-valor[1]** |
| A | Ameaça / conflito – A1 | 6,4 | 0,005 |
| | Ameaça / conflito – A2 | 4,5 | |
| | Machucado / ferido – A1 | 3,0 | 0,028 |
| | Machucado / ferido – A2 | 1,7 | |
| | Negligência – A1 | 2,4 | 0,021 |
| | Negligência – A2 | 1,1 | |
| | Defesa / cisão – A1 | 3,2 | 0,026 |
| | Defesa / cisão – A2 | 1,8 | |
| B | Centralização – B1 | 3,9 | 0,049 |
| | Centralização – B2 | 5,2 | |
| | Integração – B1 | 2,5 | 0,022 |
| | Integração – B2 | 3,8 | |
| | Nutrição – B1 | 4,4 | 0,088 |
| | Nutrição – B2 | 3,1 | |
| | Proteção / cuidado – B1 | 6,1 | 0,098 |
| | Proteção / cuidado – B2 | 4,8 | |

1: Teste t para amostras pareadas

Os temas que podem ser representativos do trauma e que revelaram resultados estatísticos significativos foram: ameaça/conflito, machucado/ferido, negligência e defesa. Os temas relativos à transformação e melhora que tiveram resultados estatísticos significativos foram: centralização e integração.

Pela evolução do processo, percebeu-se que os temas da categoria A, relacionados ao trauma, diminuíram de frequência.

A simbolização na TS forneceu aos participantes do GE uma possibilidade de expressão de seus sofrimentos. Os movimentos de progressão e regressão da libido, possivelmente bloqueados por defesas rígidas e manifestados pelos sintomas, conseguiram encontrar uma direção e finalidade.

Nos participantes desta pesquisa, a análise estatística e os resultados obtidos demonstraram a melhora nos sintomas e sua transformação em comportamentos mais adaptados.

Ao escrever sobre a conscientização das fantasias e da participação ativa do paciente, no momento terapêutico, Jung salientou:

> A contínua conscientização das fantasias (sem o que, permaneceriam inconscientes) com a participação ativa nos acontecimentos que se desenrolam no plano fantástico, tem várias consequências. Em primeiro lugar, há uma ampliação da consciência, pois inúmeros conteúdos inconscientes são trazidos à consciência. Em segundo lugar, há uma diminuição gradual da influência dominante do inconsciente; em terceiro lugar, verifica-se uma transformação da personalidade... (JUNG, [1991b (1916), par.358).

Após a análise das categorias A e B, ficou evidente a melhora e a transformação da consciência pela qualidade temática das cenas. Enquanto, no início, os cenários tinham maior número de temas como ameaça/conflito, machucado/ferido, negligência e defesa/cisão, as cenas finais demonstraram maior quantidade de temas associados à centralização e integração. Os resultados indicam que houve uma modificação de comportamento, assim como maior organização de conteúdos mentais e controle sobre atos impulsivos observado na diminuição do comportamento agressivo e violação de regras (CBCL/6-18).

Dessa forma, podemos perceber que a TS propiciou a transdução e transformação dos sintomas, favorecendo o desenvolvimento mais saudável do ego. Uma análise qualitativa e detalhada de alguns cenários permitirá melhor compreensão do processo terapêutico desenvolvido. Foram selecionados cenários que exemplificam os itens da Tabela 33. Abaixo veremos cenários relacionados aos temas A e B de diferentes crianças.

**Tema Ameaça/Conflito**

Este tema aborda expressões verbais e/ou imagéticas de cenas onde a ameaça/perigo pode vir a acontecer, onde existe a possibilidade de um conflito, que possa ser ameaçador.

**Fotografia 1** – Tema: Ameaça/Conflito. Cena A1; J. Sexo: Masculino. Idade: 9 anos e 10 meses – 4ª sessão

**Fonte:** Acervo da autora.

Nesta cena, podemos ver soldados caídos e miniaturas semienterradas. J. verbalizou que era "uma guerra e que tudo estava destruído, ninguém tinha se salvado, todos morreram" (sic). Nesse momento, podemos considerar que o fato de ser afastado dos pais e abrigado por "negligência" pode ser sentido pela criança como ameaça e destruição. O caos e a desordem sentidos pela criança estão presentes na cena. A terapeuta ofereceu um "espaço livre e protegido" (KALFF, 2003), o qual tornou possível a manifestação desses conteúdos inconscientes. Na areia, podemos observar as impressões das mãos da criança, que podem possivelmente simbolizar a sua presença no cenário.

## Tema Machucado/Ferido

Neste tema, levam-se em conta as expressões verbais e/ou imagéticas de cenas em que aparecem situações de pessoas feridas.

**Fotografia 2 –** Tema: Machucado/Ferido. Cena A1; E. Sexo: Masculino. Idade: 9 anos e 10 meses – 4ª sessão.

**Fonte:** Acervo da autora.

Neste cenário, E. falou que "a cobra ia pegar esses homens e que eles não poderiam fazer nada, todos iriam morrer com a picada dela e virar caveira" (sic). A impotência perante o ser machucado e a não possibilidade de se defender caracterizam as crianças que vivenciaram o trauma. Neste cenário, podemos ver soldados caídos e um carro com rodas para cima. Não existe a figura daquele que cuida e protege, que seria a função dos pais. Se compreendermos que essa criança sofreu choques dolorosos decorrentes do abandono, a cobra poderia simbolizar esse ataque: ninguém pode ajudar, todos vão virar caveiras (duas caveiras do lado direito da caixa), que podem simbolizar este momento da criança: estar em um abrigo que não é sua casa e afastado de seus parentes.

## Tema Negligência

Neste tema consideram-se como representações de negligência as expressões verbais e/ou imagéticas de cenas em que aparecem situações que podem sugerir abandono e/ou negligência.

**Fotografia 3 –** Tema: Negligência. Cena A1; A. Sexo: Masculino. Idade: 9 anos e 10 meses – 2ª sessão

**Fonte:** Acervo da autora.

Nesta sessão, A. colocou várias malas em seu cenário, folhas e sementes secas, animais marinhos e pedra, que ele chama de "diamante" (sic). No canto inferior esquerdo, põe imagens de santos. A. falou sobre o seu cenário, dizendo que "uma criança foi viajar sozinha com sua mala e encontra muitos tubarões; ela está sozinha, os pais dele estão muito longe e não podem ajudá-la" (sic). Podemos constatar o sentimento de estar sozinho e sem proteção dessa criança. A mala e os tubarões estão cercados e separados das figuras protetoras (santos). Essa criança vítima da negligência e abandono, na segunda sessão, expressou o seu sofrimento, a sensação de estar sozinha e ameaçada. Perto de si coloca uma caveira e uma mala, simbolizando esta mudança e afastamento da família (três malas estão presentes no cenário). A mãe desta criança morreu de overdose de crack, deixando os três irmãos que em seguida foram separados. Nenhum parente visita essa criança.

**Tema Defesa/Cisão**

São consideradas como defesas as expressões verbais e/ou imagéticas das cenas ligadas à separação da construção, ao fechamento e delimitação de espaços dentro da caixa de areia.

**Fotografia 4 –** Tema: Defesa/Cisão. Cena A1; G. Sexo: Masculino. Idade: 9 anos e 2 meses – 2ª sessão

**Fonte:** Acervo da autora.

Nesta cena, G. delimitou vários espaços: o dos cavalos, o dos tubarões, o das construções e o dos carros. Ele falou "era um lugar onde tinha vários animais e que todos viviam juntos e separados, quando o crocodilo saiu para atacar todos. Os únicos que vão se salvar são os cavalos, porque tem uma cerca" (sic). G. colocou a cerca como uma defesa para os cavalos; os outros animais sofrem a possibilidade de ataque por parte do crocodilo, dos tubarões e dinossauros. O cenário retrata uma grande ameaça de destruição e perigo, provocando muita ansiedade. O uso de animais selvagens, nesse caso, poderia indicar a sensação de destruição e ameaça no ambiente em que esta criança vive ou viveu. Entretanto, os cavalos estão cercados, indicando a possibilidade de uma força egóica que está se desenvolvendo.

**Tema Centralização**

Identificam-se como centralização as expressões verbais e/ou imagéticas das cenas onde aparece a reunião ou concentração de areia e/ou a colocação ou convergência de miniaturas no centro da caixa de areia.

**Fotografia 5 –** Tema: Centralização. Cena B2; A. Sexo Masculino. Idade: 9 anos e 10 meses - 19ª sessão

**Fonte:** Acervo da autora.

A. desenhou com as mãos uma mandala. No centro, colocou uma pedra e falou: "é uma pedra preciosa e para chegar até lá, é necessário passar por esse caminho" (sic). Verificamos um claro processo de centralização. A mandala é um movimento espiralado e é considerado um símbolo que emerge em momentos de maior integração e domínio egóico. Parece que A. neste momento está mais em posse de si mesmo e do que lhe acontece. O coordenador do abrigo me informa que A., naquele momento, demonstrava maior interesse em sua vida escolar e iniciava seu processo de alfabetização. A pá do lado direito da caixa poderia simbolizar a possibilidade de continuar a construção: para se chegar até o centro existe um caminho a ser percorrido.

## Tema Integração

São compreendidas como integração as expressões verbais e/ou imagéticas das cenas onde aparece a ligação entre as várias partes do cenário, formando um todo coerente e harmonioso.

**Fotografia 6** – Tema: Integração. Cena B2; I. Sexo Masculino. Idade: 8 anos e 10 meses - 20ª sessão

**Fonte:** Acervo da autora.

Na última sessão, I. contou: "esses carros estão indo subir a montanha, eles estão em fila porque têm que andar devagar" (sic). O processo de integração se faz pelo caminho a ser seguido. Podemos observar os carros em fila e seguindo uma ordem. Nesse cenário a criança demonstrou maior controle de sua agressividade, colocando a competição de modo ordenado. De acordo com informações dos orientadores, I., que era bastante agressivo e não aceitava as regras do abrigo já se mostrava colaborativo e mais atencioso com os colegas, aceitando suas brincadeiras. Naquele momento os cuidadores conseguiam conversar com ele sobre os conflitos que surgiam no abrigo. Nota-se uma direção e objetivo os carros têm um caminho para percorrer. A criança mostra que já tem maior controle sobre seus impulsos. Podemos observar que os carros têm um caminho a seguir, estão integrados em uma atividade comum, com objetivo definido: "subir a montanha" (sic).

**Temas Nutrição e Proteção/Cuidado**

Estes temas permaneceram constantes em todos os processos das crianças e apareceram simultaneamente nos cenários. Pelos resultados estatísticos não houve diferença significativa, entretanto pudemos observar diferenças qualitativas na elaboração dos cenários no decorrer do processo terapêutico. Abaixo veremos exemplos dos dois temas nos dois momentos do processo terapêutico (A e B) de duas crianças.

**Tema Nutrição**

O tema Nutrição concentra as expressões verbais e/ou imagéticas das cenas onde aparece o alimento/comida, importantes para o crescimento e desenvolvimento de uma pessoa. Pode-se considerar o alimento em sua função alimentícia e também simbólica, associada ao sentimento de ser cuidado e nutrido afetivamente.

**Fotografia 7** – Tema: Nutrição. Cena B1; AC. Sexo: Feminino. Idade: 6 anos e 8 meses – 1ª sessão

**Fonte:** Acervo da autora.

Neste cenário podemos observar vários elementos relacionados a cuidado e nutrição, como vacas e alimentos. AC falou: “as bolas de gude são comidas para os animais” (sic). Nesta cena, notamos que existe um berço azul, vazio, desprotegido, isolado e em destaque. A “matrioska” observa os animais que estão sendo alimentados e está de costas para o berço. Este cenário revela que elementos ligados à proteção e cuidado estão presentes (miniaturas de santos). Na cena seguinte veremos a evolução deste tema em AC.

**Fotografia 8** – Tema: Nutrição. Cena B2; AC. Sexo: Feminino. Idade: 6 anos e 8 meses – 14ª sessão

**Fonte:** Acervo da autora.

Neste cenário há alimentos espalhados por toda a caixa. No cenário da 1ª sessão os alimentos eram representados por bolas de gude. Aqui existe uma abundância de comida, um casal está deitado na grama e a maior das "matrioskas" olha para uma "matrioska" menor, como se dela estivesse cuidando desse modo sugerindo a restauração da ligação com a figura materna. A criança neste momento tem mais ali mentos e afetos disponíveis, expressando que ela está mais nutrida, portanto, tem mais energia à sua disposição e se sente mais cuidada.

**Proteção/Cuidado**

São consideradas como proteção/cuidado as expressões verbais e/ou imagéticas das cenas onde aparece a ação de cuidar e proteger, dar apoio, ajuda ou socorro.

**Fotografia 9** – Tema: Proteção/Cuidado. Cena B1; M. Sexo: Masculino. Idade: 8 anos e 3 meses – 5ª sessão

**Fonte:** Acervo da autora.

Neste cenário M. falou: "os carros não conseguem sair dos lugares, porque tudo aqui é areia movediça e o guincho não vai dar conta" (sic). Podemos ver, nesta cena, as mãos da criança impressas na areia, como que marcando a sua presença. Entretanto, parece que ninguém pode ajudá-la pois o guincho não consegue retirar os carros que estão atolados. Aqui existem sinais de imobilidade psíquica e uma necessidade de ajuda. Sentimentos de desproteção e desamparo estão presentes.

**Fotografia 10** – Tema: Proteção/Cuidado. Cena B2; M. Sexo: Masculino. Idade: 8 anos e 3 meses – 20ª sessão.

**Fonte:** Acervo da autora.

No seu último cenário M. utilizou as mesmas miniaturas da 5ª sessão, dizendo: "é uma pista de corrida, os carros estão esperando a vez deles e o guincho está pronto para ajudar os carros que precisarem" (sic). Podemos perceber a evolução do tema proteção/cuidado. Agora, o guincho tem condições de ajudar os carros. Há um terreno mais sólido e um caminho delineado. Em relação ao cenário da 5ª sessão há uma evolução, o ego apresenta-se mais estável e amparado.

**Reflexões sobre o Processo Terapêutico**

Como vimos, Fordham (2000) considerou o ego como o de-integrado mais significativo do *Self*, o qual contribui e garante que as sequências dinâmicas no *Self* não se revelem improdutivas e circulares, mas possam ser alteradas pela atividade do ego. No caso dos processos, podemos verificar que um ego mais forte e estruturado permitiu uma melhor organização psíquica expressa tanto nos cenários quanto na vida social dos participantes.

A oportunidade de experimentar um processo terapêutico com a TS possibilitou, como Friedman e Mitchell (2003) ressaltaram, que as crianças conseguissem voltar o seu foco para si mesmas. Quando colocaram as mãos e brincaram com a areia, viveram uma experiência cinestésica, a qual promoveu um deslocamento da atenção do mundo externo para o mundo interno. Esse tratamento deu expressão ao inconsciente das crianças. É possível que o material utilizado tenha favorecido que componentes psíquicos surgissem e fossem simbolicamente revelados nas cenas. Desta forma, a terapia proporcionou oportunidade de acessar a criatividade, oferecendo continência para que símbolos emergissem em um espaço livre e protegido. A reflexão e aceitação sem julgamento ou análise facilitaram o processo de transferência e contratransferência. A criação das imagens na presença da terapeuta, que participou silenciosamente do processo, provavelmente proporcionou às crianças o sentimento de proteção e acolhimento.

Na análise dos temas Ameaça/Conflito, Machucado/Ferido, Negligência e Defesa/Cisão, é possível verificar que houve uma modificação do período inicial (sessões 1-10) para o período final (sessões 11-20), sinalizando a evolução do processo terapêutico. Podemos também observar que além de uma diminuição do número de cenários houve uma modificação na expressão da qualidade dos temas. Ramos (2006) pontuou que, trabalhando no nível simbólico não verbal, podemos promover a transdução dos comportamentos disruptivos para um plano mais consciente. Como vimos, os temas Centralização e Integração apresentaram uma

evolução positiva ao longo do processo e os temas que expressavam conflito, violência e destruição diminuíram, revelando uma melhora significativa na composição harmoniosa dos cenários.

Os temas Centralização e Integração sugerem um movimento em direção ao centro, com maior contacto e controle de si mesmo. A TS possibilitou, possivelmente, a restauração de sentimentos relacionados à falta das figuras cuidadoras, assim como a expressão de eventos traumáticos.

Os temas Nutrição e Proteção/Cuidado nos remetem à carência nutricional e afetiva que essas crianças vivenciaram e aos complexos que estão presentes. Kast (1997) pontuou que, no complexo materno negativo, o sentimento vital é de que a pessoa deve lutar por tudo. Não existem sentimentos de segurança, nutrição, proteção e interesse. O alimento presente em grande quantidade nos cenários remete ao quanto essas crianças não tiveram alimento adequado em suas vidas; elas vivenciaram fome de comida e, também, no sentido simbólico, fome de afeto. Ambos os temas permaneceram com grande força durante todo o processo. Segundo Jung [1998 (1928) par.237]: "A *fome* é como expressão característica do *instinto de auto conservação* e sem dúvida um dos fatores mais primitivos e mais poderosos que influenciam o comportamento humano [...]". Entretanto, podemos observar que estes temas apresentaram uma evolução do momento A para o momento B, onde se encontraram mais organizados e estruturados.

As miniaturas, com seu potencial simbólico, e o brincar na areia facilitaram a conexão e a integração com aspectos desconhecidos. O brincar explorou a criatividade e a imaginação. O uso de uma variedade de símbolos possibilitou que as crianças conseguissem expressar seus sentimentos com maior capacidade de conectar-se ao mundo interno, propiciando a oportunidade de transformação. Kalsched (1996/2003) assinalou que a pessoa que viveu um trauma constrói defesas que inicialmente seriam contra traumas adicionais, as quais se tornam, no entanto uma grande resistência a todas as expressões espontâneas. No caso dessas crianças, elas puderam flexibilizar essas defesas e expressar espontaneamente, no brincar, seus traumas.

Sabemos que como Kalsched (2013) afirmou, o trauma não termina com a cessação da violação externa, mas prossegue no mundo interior de sua vítima. É possível que cenas de violência e destruição no espaço protegido da TS possibilitaram a transformação das emoções e memórias associadas ao trauma.

Na relação do terapeuta com as crianças, houve uma sintonia afetiva a qual permeou todo o processo. Encontramos aqui um importante ponto de análise: a transferência e a

contratransferência podem ter sido elementos importantes para que, nesses momentos, os terapeutas realizassem o papel de “tutores de resiliência”, conforme afirma Cyrulnik.(2005).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa confirma os dados da literatura (NELSON et al, 2007; O'CONNOR *et al.*, 2000) que demonstram que crianças vítimas de trauma apresentam desempenho intelectual inferior à média: atraso no desenvolvimento da expressão verbal, da amplitude do vocabulário, na capacidade de percepção, análise e síntese visoespacial. Constatou-se também que os participantes deste estudo apresentaram indicadores clínicos e/ou limítrofes quanto aos fatores externalizantes e Total de Problemas. Quanto aos fatores internalizantes, os participantes estavam na faixa de normalidade nos GE e GC e limítrofe no GP, embora não houvesse aí diferença significativa entre os três grupos. Esse achado é congruente com as investigações sobre os sintomas relacionados ao comportamento agressivo e quebra de regras associados à presença de emoções intensas (CICCHETTI; TUCKER, 1994; VAN DER KOLK; FISSLER, 1995; VAN DER KOLK *et al*, 2005b; VIODRES-INQUE; RISTUM, 2008; OSWALD *et al.*, 2010; ANDREA *et al.*, 2012).

Este estudo confirma também nossas hipóteses, mostrando o valor da eficácia do tratamento clínico proposto. A melhora foi comprovada pelos instrumentos aplicados e também foi observada pelos responsáveis das instituições e orientadores socioassistenciais em seus relatos, tais como: "[...] estava mais fácil conversar com as crianças, elas pareciam ouvir mais e muitas vezes expressar os sentimentos diante de situações de conflito" (sic). Os resultados de T2 indicam uma manutenção das melhoras após seis meses do término do tratamento.

A TS propiciou o fortalecimento do ego destas crianças, assim como a possibilidade de que os "complexos" paterno e materno pudessem ser transduzidos. Os temas relacionados à dor psíquica (trauma) apresentaram diminuição significativa a partir da 10ª sessão, ao mesmo tempo que os temas que apontavam a transformação e melhora psicológica aumentaram significativamente. Podemos conjecturar se esta mudança correspondeu à melhora obtida nos resultados do CBCL/6-18. O processo psicoterapêutico nas crianças por meio da vivência dos símbolos e através da expressão de sofrimentos e sentimentos ajudou na conscientização de si mesmas. Podemos considerar que durante o processo com a TS o diálogo reflexivo e a comunicação social (SIEGEL, 2003), assim como a "sinapse social" (COZOLINO, 2010), ocorreram por meio das relações de transferência e contratransferência.

O senso de autoria (KNOX, 2011) foi percebido na elaboração dos cenários e nas histórias que cada criança contava, após sua realização. Os resultados da TS demonstraram um ego mais amadurecido, com maior controle sobre os atos impulsivos.

Os resultados desta pesquisa confirmam a observação de Kalff (2003), quando afirma que o processo de terapia com a TS possibilita a transformação pessoal, assim como mudanças do estar e se relacionar no mundo e com os outros. As crianças puderam incorporar o processo da TS, e a possibilidade de brincar revelou não somente a psicodinâmica dos sintomas relacionados aos fatores internalizantes, externalizantes e Total de Problemas, como também refletiu as habilidades e as capacidades de cada uma para a transformação.

Jung enfatizou que o trabalho de psicoterapia feito pelo analisando "[...] conduz através da assimilação progressiva do inconsciente, à integração final de sua personalidade, e com isso à eliminação da dissociação neurótica" (JUNG, [1988 (1935)] par.27).

Em suma, penso que o presente trabalho pode contribuir para destacar a importância deste modelo de tratamento psicológico para crianças vítimas do trauma psicológico.

A partir dele, podemos afirmar que o espaço livre e protegido da TS propiciou que estruturas defensivas pudessem ser transformadas, por meio da expressão concreta, que é a imagem de cada cenário. A possibilidade de simbolizar os eventos traumáticos propiciou a ressignificação do trauma, corroborando com o que Van der Kolk (2005a) assinalou sobre a importância de que a criança adquira habilidades para lidar com sensações físicas desconfortáveis e consiga processar suas experiências traumáticas, a fim de desenvolver um espaço protegido de onde possa "olhar" seus traumas sem repeti-los e sem torná-los reais, novamente.

**Limitações do Estudo e Futuras Direções para Tratamento de Crianças com Trauma**

Finalizando este estudo, alguns pontos merecem ser destacados. Primeiramente, as limitações da investigação:

> ✓ As mudanças constantes dos orientadores socioassistenciais nas instituições poderiam ter influenciado na avaliação de cada criança? Os resultados em T1 do CBCL/6-18 em relação aos fatores externalizantes no GP e GC podem ter relação com o olhar de cada orientador, que era diferente em relação a cada criança. Observou-se um afastamento emocional nestes cuidadores em relação às crianças.
>
> ✓ O modelo de atendimento nas instituições foi adotado em razão das distâncias entre os abrigos, no entanto, as terapeutas vivenciaram momentos extremamente difíceis no que concerne ao *setting* terapêutico. O barulho das outras crianças, as salas pouco adequadas, o desencontro que fazia com que muitas vezes a equipe técnica se esquecesse que a sala estava emprestada para

> atendimento e interrompesse a sessão de terapia. A rotina de uma instituição de acolhimento é bastante complexa e o atendimento no local não configura uma situação ideal.
>
> ✓ A TS foi realizada em caráter experimental, com modelo de terapia breve (20 sessões), e embora tenha sido eficaz, notamos que algumas crianças se beneficiariam com mais sessões, pois seu processo terapêutico não havia terminado. Com a TS houve a remissão dos sintomas e, nesse sentido, foi bastante eficaz. Seria enriquecedor se houvesse a possibilidade de aumento das sessões.

Não obstante isso, seria importante ressaltar como contribuição deste estudo, que emEm relação à psicodinâmica, podemos afirmar que a transdução dos sintomas nas caixas de areia e uma certa repetição de padrões nos processos autorizam a levantar a hipótese de um padrão psicodinâmico nas crianças vítimas do trauma.

Com estes resultados, portanto podemos afirmar a eficácia da TS na trajetória do desenvolvimento psicológico de crianças vítimas de trauma e propor que esta técnica seja utilizada mais amplamente no atendimento desta população. O estabelecimento de uma rede de atendimento com profissionais capacitados poderá proporcionar bem estar e promover saúde mental nestas crianças já tão vitimizadas.

Conforme mencionado anteriormente, na revisão de literatura, o tratamento psicológico do trauma em crianças pode ser importante para evitar outros transtornos psiquiátricos, na vida adulta. Nos últimos anos, tê proliferado estudos relacionando trauma e neurociência, a maioria dos quais enfatizam a importância do tratamento precoce em pessoas vítimas do trauma. A partir dos resultados desta investigação, acreditamos que a TS poderá contribuir de forma eficaz para o tratamento do trauma em crianças.

**REFERÊNCIAS**

ABAID, J.L.W.; DELL'AGLIO, D.D.; KOLLER, S.H. Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. **Univ. Psychol.** Bogotá, Colombia, v. 9 n. 1, p. 203-216. ene-abr. 2010.

ADAMS, K. Reconnecting to the Source: recovering from Sexual Molestation. **Journal of Sandplay Therapy**, v. XVI, n. 2, p. 55-73. 2007.

ALEXANDRE, D.T.; VIEIRA, M.L. Relação de Apego entre Crianças Institucionalizadas que vivem em situação de Abrigo**. Psicologia em Estudo**, v. 9, n.2, p. 207-212, maio/ago. 2004.

AMMANN, R. **A Terapia do Jogo de Areia.** São Paulo: Paulus, 2002.

_____. On Ressonance. In: ZOJA, E. P. (Ed.) **Sandplay Therapy Treatment of Psychopatologies**. Suiça: Daimon, 2004. p.241-267.

ANDRADE, C. D. Viver não dói. **Luso-Poemas**. Portugal, 06 jun. 2007. Disponível em: <http://www.luso-poemas.net>. Acesso em: 06 dez. 2014.

ARVIDSON, J.; KINNIBURGH, K.; HOWARD, K; SPINAZZOLA, J.; STROTHERS, H.; EVANS, M.; ANDRES, B.; BARRY, M.; COHEN, C.; BLAUSTEIN, M.E. Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. **Journal of Child & Adolescent Trauma**, v. 4, p.34–51, 2011.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F.B. Diagnóstico e Quadro Clínico da Depressão na infância e na Adolescência. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O.P.; FRÁGUAS JÚNIOR, R.; MIGUEL, E.C. (e colaboradores). **Depressão no ciclo da vida.** Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 37-44.

_____; KUCZINSKI, E.; SPROVIERI, M.H.; ARANHA, E.M.G. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI- Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé). Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq. de Neuro-Psiquiatr**., v. 58, n. 1, p.119-127, 2000.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Crianças Vitimizadas** – A Síndrome do Pequeno Poder. São Paulo: Iglu, 2007.

BALFOUR, R. N. Evolution of Sandplay Images in Healing: A Case of Childhood Sexual Abuse of a 36 year-old Woman. **Journal of Sandplay Therapy**, v. XVII, n. 2, p.33-49. 2008.

BARROS, R. C.; FIAMENGHI JÙNIOR, G.A. Interações afetivas de crianças acolhidas: um estudo etnográfico**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p.1267-1276, 2007.

BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BRADWAY, K. Transference and countertransference in Sandplay Therapy. **Journal of Sandplay Therapy**. v. 1, n. 1, p. 25-43, 1991.

CARETA, D.S.; MOTTA, I.F. A importância do diagnóstico precoce e de intervenções preventivas em crianças acolhidas. **Revista de Psicologia *da* UNESP**, v. 6, n. 1, p. 45-59, 2007.

CICCHETTI, D.; TUCKER, D. Development and self-regulatory Structures of the Mind. **Development and Psychopathology**, v. 6, p.533-549, 1994.

CLOITRE, M.; STOLBACH, B. C.; HERMAN, J. L.; VAN DER KOLK, B.; PYNOOS, R.S.; WANG, J.; PETKOVA, E. A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. **Journal of Traumatic Stress**, v. 22, p.399-408, 2009.

CORALINA, C. **Poemas dos becos de Goiás e estórias mais.** São Paulo: Global, 1985.

COZOLINO, L. **The neuroscience of Psychotherapy- Healing the Social Brain**. New York-London: W.W. Norton & Company, 2010.

CUNNINGHAM, L. **Relational Sandplay Therapy**. Concord: Mustard Seed, 2005.

CYRULNIK, B**. O Murmúrio dos Fantasmas.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

D'ANDREA, W.D.; FORD, J.; STOLBACH, B.; SPINAZZOLA, J; VAN DER KOLK, B.A. Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 82, n. 2, p.187-200, 2012.

DE BELLIS, M.D.; BAUM, A.S.; BIRMAHER, B.; KESHAVAN, M.S.; ECCARD, C.H.; BORING, A.M. *et al.* Developmental Traumatology. Part I. Biological stress systems. **Biological psychiatry**, v. 45, p.1259-1270, 1999a.

_____ ; BAUM, A.S.; BIRMAHER, B.; KESHAVAN, M.S.; CLARK, D.B.; CASEY, B.J.; GIEDD, J.N., BORING, A.M. *et al.* Developmental Traumatology. Part II. Brain Development. **Biological psychiatry**, v. 45, p.1271-1284, 1999b**.**

DUBOWITZ, H.; KIM, J.; BLACK, M.M.; WEISBART, C.; SEMIATIN, J.; MAGDER, L. S. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. **Child Abuse & Neglect**, v. 35, p. 96–104, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>. Acesso em: 16 jun. 2013.

ECA – **Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente da Cidade de São Paulo: 2007.

FARIA, D. L. **O Pai Possível:** conflitos da paternidade contemporânea. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2003.

FISCHER, L.; AMES, E.W.; CHISHOLM, K.; SAVOIE, L. Problems Reported by Parents of Romanian Orphans Adopted to British Columbia. **International Journal of Behavioral Development**, v. 20, p.67-82, 1997.

FORDHAM, M. Analytical psychology and countertransference. In: SHAMDASANI, S. (Ed.). **Analyst-patient interaction: Collect papers on technique** (Chapter 15). London: Routledge, 1996.

_____. **A Criança como Indivíduo.** São Paulo: Cultrix, 2000.

FRIEDMAN, H.; MITCHELL, R. **Olhando os cenários de Sandplay através de diferentes prismas**. Tradução de Marla Regina Gheller Souza dos Anjos. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, 2003. (Palestra).

GLASER, D. Child Abuse and Neglect and the Brain- a review. **J. Child Psychol. Psychiat**, v. 41, n. 1, p. 97-116, 2000.

HARVEY, T.S.; TAYLOR, J.E. A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. **Clinical Psychology Review**, v. 30, p. 517–535, 2010.

HERRMANN, Steven B. Treatment of an Abandonment Trauma. **Journal of Sandplay Therapy**, v. XVII, n 2, p. 51-73. 2008.

_____.Transformation of Violence: The Case of Jacob. **Journal of Sandplay Therapy**, v. 20, n. 1, p. 117-132. 2011.

HETZEL-RIGGIN, M.D.; BRAUSCH A.M.; MONTGOMERY, B.S.A Meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study**. Child Abuse & Neglect**, v. 31, p.125–141, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>. Acesso em: 16 jun. 2014.

HILDYARD, K.L.; WOLFE, D.A. Child neglect: developmental issues and outcomes. **Child Abuse & neglect**, v. 26, p. 679-695, 2002.

HODGES, M. *et al.* Cumulative trauma and symptom complexity in children: a path analysis (in press). **Child Abuse & Neglect** (2013). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>. Acesso em: 16 jun. 2014.

HONG, G. **Sandplay Therapy:** Research and practice. London and New York: Routledge, 2011.

HOVENS, J.G.F.M.; WIERSMA, J.E.; GILTAY, E.J.; Van OPPEN, P.; SPINHOVEN, P.; PENNINX, B.W.J.H.; ZITMAN, F.G. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. **Acta Psychiatr Scand,** v.122, p. 66-74, 2010.

HOWE, D. **Child Abuse and Neglect** – Attachment, Development and Intervention. UK: Palgrave MacMillan, 2005.

JACOBI, J. **Complexo, Arquétipo, Símbolo na Psicologia de C. G. Jung**. São Paulo: Cultrix, 1995.

JACOBY, M. **Psicoterapia Junguiana e a Pesquisa Contemporânea com Crianças.** São Paulo: Paulus, 2010.

JUNG, C. G. **Psicogênese das Doenças Mentais.** 1. ed. Petrópolis: Vozes [1986a (1927)]. 279 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.III).

_____. **O Desenvolvimento da Personalidade.** 2. ed. Petrópolis: Vozes. [1986b (1946)]. 223p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.XVII).

_____. **A Prática da Psicoterapia.** 1. ed. Petrópolis: Vozes, [1988 (1935)]. 347 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.XVI).

_____. **Freud e a Psicanálise.** Petrópolis: Vozes, [1989 (1909)]. 351 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.IV).

_____. **Tipos Psicológicos.** 1. ed. Petrópolis: Vozes, [1991a (1923)]. 558 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.VI).

_____. **Estudos sobre Psicologia Analítica.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, [1991b (1916)]. 310 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.VII).

_____. **A vida Simbólica.** OC v. XVIII/2. Petrópolis: Vozes, [1997 (1952)]. 472 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.VI).

_____. **A Dinâmica do Inconsciente.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, [1998 (1928)]. 588 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.VIII).

_____. **Símbolos da Transformação.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, [1999 (1924)]. 544 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.V).

_____. **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, [2002 (1936)]. 447 p. (Obras Completas de C.G. Jung; v.IX/1).

KALER, S.R.; FREEMAN, B.J. An Analysis of Environmental Deprivation: Cognitive and Social Development in Romanian Orphans. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 35, p.769-781, 1994.

KALFF, D. M. **Sandplay:** A Psychotherapeutic Approach to the Psyche. Cloverdale, CA: Temenos Press, 2003.

KALSCHED, D. **The Inner World of Trauma.** Archetypal Defenses of the Personal Spirit. London & New York: Routledge, 1996.

_____. Daimonic Elements in Early Trauma. **Journal of Analytical Psychology**, v. 48, p.145-169, 2003.

_____. **O Mundo Interior do Trauma:** defesas arquetípicas do espírito pessoal. Tradução de Claudia Gerpe Duarte. São Paulo: Paulus, 2013.

KAST, V. **Pais e Filhas, Mães e Filhos** Caminhos para a auto-identidade a partir dos complexos materno e paterno. São Paulo: Loyola, 1997.

_____. **A Dinâmica dos Símbolos –** Fundamentos da Psicoterapia Junguiana. Petrópolis: Vozes, 2013.

KNOX, J. Trauma and defences: their roots in relationship. An overview. **Journal of Analytical Psychology**, v. 48, p. 207233, 2003.

_____. **Self-Agency in Psychotherapy** (Attachment, autonomy and intimacy). London and New York: Routledge, 2011.

LIMA FILHO, A. P. **O pai e a psique**. São Paulo: Paulus, 2002.

MAARANEN, P.; TANSKANEN, A.; HAATAINEN, K.; KOIVUMAA-ONKANEN, H.; HINTIKKA, J.; VIINAMAKI, H. Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population. **Journal of Nervous and Mental Disease,** v. 192, p.337-342, 2004.

_____. Factors associated with pathological dissociation in the general population**. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v.** 39, p.387-394, 2005.

MCCRORY, E.; BRITO, S.A.; VIDING, E. Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity**. Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 51, n. 10, p. 1079–1095, 2010.

MACDONALD G.; HIGGINS J.; RAMCHANDANI P. Cognitive-behavioral interventions for children who have been sexually abused. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2011.

MANIFICAT, S.; DAZORD, A. **AUQEI:** Escala de Qualidade de Vida (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé),1997. Validada por ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F.B.; KUCZYNSKI E.; SPROSIERI M.H.; ARANHA, E.M.G., 2000.

MATTA, R.M. **A utilização da terapia do Sandplay no tratamento de crianças com transtorno obsessivo-compulsivo**. 2006. Dissertação (Mestrado) –Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, São Paulo, 2006.

MELLO, M.F.; FARIA, A.A.; MELLO, A.F.; CARPENTER, L.L.; TYRKA, A.R.; PRICE, L.H. Maus-tratos na infância e psicopatologia no adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotalamopituitária-adrenal**. Rev Bras Psiquiatr**. v. 31 (Supl. II), p.41-48, 2009.

NELSON, C.A.; ZEANAH, C.H.; FOX, N.A.; MARSHALL, J.P.; SMYKE, A.T.; GUTHRIE, D. Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children. The Bucharest Early Intervention Project (BEIP), **Science**, v. 318, p. 1937-1940, 2007.

O'CONNOR, T.G.; BREDENKAMP, D.; RUTTER, M. The English and Romanian Adoptees Study Team. Attachment Disturbances and Disorders in Children Exposed to Early Severe Deprivation. **Infant Mental Health Journal**, v. 20, p.10-29, 1999.

_____, T.G.; RUTTER, M.; BECKETT, C.; KEAVENEY, L.; KREPPNER, J.M. The English and Romanian Adoptees Study Team. The Effects of Global Severe Privation on Cognitive Competence Extension and Longitudinal Follow-Up. **Child Development**, v. 71, p. 376-390, 2000.

OLIVEIRA, I. T. **Psicoterapia Breve Infantil:** Planejamento do Processo. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Relatório Mundial sobre a violência e saúde**, 2002. Conceito de violência pela OMS- scribd. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/50386959/conceito-de-violencia-pela-OMS>. Acesso em: 9 mar. 2011.

OSWALD, S.H.; HEIL. K.; GOLDBECK, L. History of maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A review of Literature. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 35, n. 5, p.462-472, 2010.

PARREIRA, S.M.C.P.; JUSTO, J.S. A criança abrigada: considerações acerca do sentido da filiação**. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 175-180, 2005.

PATTIS, E. **Sandplay Therapy in Vulnerable Communities, a Junguian Approach.** London and New York: Routledge, 2011.

PRADA, C.G.; WILLIAMS, L.C.A. Instituições de acolhimento para crianças vítimas de violência doméstica: funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p.14-25, 2007.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo** – Uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus, 1994.

_____. **A Psique do Corpo**. São Paulo: Summus, 2006.

_____.; MATTA, R. M. Sandplay: A Method for Data Analysis. **Journal of Sandplay Therapy**, v. XVII, n. 2, p. 93-115, 2008.

RIVIÈRE, Y. Xena: Healing the Abused Feminine. **Journal of Sandplay Therapy**, v. XVII, n. 1, p. 63-79. 2008.

ROCHA, E. R.A. S. (Coord.) **Direito à convivência familiar –** os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA, 2004, 416 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/direitoconvivênciafamiliar/capit2.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2012.

ROCHA, M.M.; PEREIRA, R.F.; ARANTES, M.C.; SILVARES, E.F.M. **Guia para profissionais da saúde mental sobre o Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA)**. São Paulo, 2010. Tradução de: ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. **Mental Health Practitioners' Guide for the Achenbach of System of Empirically Bases Assessment (ASEBA)**. 7th ed. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, Burlington, VT. (Tiragem de circulação interna).

SCHORE, Allan N. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health**. Infant Mental Health Journal**, v. 22, n. 1-2, p. 201-69, 2001.

_____. **Affect Regulation & the Repair of the Self.** New York-London: W.W. Norton & Company, 2003.

_____. Psychoanalytic Research, Progress, and Process. Developmental affective neuroscience and clinical practice. **Psychologist-Psychoanalyst**, v. 27, n. 3, p. 6-15, 2007.

SIEGEL, D. J**. Developing mind**: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford, 1999.

_____. An Interpersonal Neurobiology of Psychotherapy: The Developing Mind and the Resolution of Trauma. In: SALOMON, M.F.; SIEGEL, D.J. (Ed.). **Healing Trauma:** attachment, mind, body, and brain. New York-London: W.W. Norton & Company, 2003. p.1-56.

SILVA, H.O.; SILVA, S.S. **Análise da Violência contra a Criança e o Adolescente segundo o Ciclo de Vida no Brasil.** São Paulo: Global; Brasília: UNICEF, 2005.

SPINAZZOLA, J.; HABIB, M.; KNOVEREK, A; ARVIDSON, J.; NISENBAUM, J.; WENTWORTH, R.; KISIEL, C. The heart of the matter: Complex trauma in child welfare, 2013. **Child Welfare 360º: Trauma-Informed Child Welfare Practice,** Winter, 8-9. Disponível em: <http://cascw.umn.edu/wp-content/uploads/2013/12/CW360-Ambit_Winter2013.pdf> Acesso em: junho 2014.

STITH, S.M.; LIU, T.; , L.C.; BOYKIN, R.L.; ALADER, M.C.; HARRIS, J.M.; SOM, A.; MC PHERSON, M., DEES; J.E.M.E.G. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. **Aggression and Violent Behavior**, v. 14, 13-29, 2009.

UNICEF (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA). **Assembleia Geral das Nações**. Distribuição Geral: 23 de agosto de 2006. Disponível em: <www.unicef.org/brazil/pt/cap_01 pdf>. Acesso em: 23 jan. 2012.

VALENTE, N.L.M.; FIKS, J.P.; VALLADA, H.; MELLO, M.F. Evolucionismo e genética do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Psiquatr**, RS, v. 30, n.1 (Supl.), 2008.

VAN DER KOLK, B. The Compulsion to Repeat the Trauma Re-enactment, Revictimization, and Masochism. **A. Psychiatric Clinics of North America**, v. 12, n. 2, p. 389-411, jun. 1989.

_____; FISSLER, R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. **Journal of Traumatic Stress**, v. , n. 4, p. 505-525, 1995.

_____; PELCOVITZ, D.; ROTH, S.; MANDEL, E.S.; MCFARLANE, A.; HERMAN, J.L. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. **American Journal of Psychiatry**, v.153, p. 83-93, 1996.

_____. Preprint of van der Kolk. Child abuse & victimization, **Psychiatric Annals**, Editorial Introduction: Child Abuse & Victimization, p. 374-378, 2005a.

_____; ROTH, S.; PELCOVITZ, D.; SUNDAY, S.; SPINAZZOLA, J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. **Journal of Traumatic Stress**, v. 18, p.389-399. 2005b.

VAN IJZENDOOM, M.A.; JUFFER, F. The Emanuel Mileer Memorial Lecture: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socioemotional and cognitive development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 47, p.1228-1245, 2006.

VIODRES-INQUE, S.R.; RISTUM, M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estudos de Psicologia**: Campinas, v. 25, n.1, p.11-21, jan./mar. 2008.

WECHSLER, D. **WISC-III:** Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual. Adaptação e padronização de uma amostra brasileira: Vera Lúcia Marques de Figueiredo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

WEINRIB, E. **Imagens do Self**: o processo terapêutico na caixa de areia. São Paulo: Summus, 1993.

WHITMONT, E. C. **A Busca do Símbolo** – Conceitos básicos de psicologia analítica. São Paulo: Cultrix, 2000.

WILKINSON, M. **Changing Minds in Therapy:** Emotion, Attachment, Trauma and Neurobiology. New York-London: Norton, 2010. (Series on interpersonal neurobiology).

WILSON, H.L.; STOVER, C.S.; BERKOWITZ, S.J. Research Review: The relationship between childhood violence exposure and juvenile antisocial behavior: a meta-analytic review. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 7, p. 769-779, 2009.

ZEANAH, C.H.; SMYKE, A.T.; KOGA, S.F.; CARLSON, E.The Bucarest Early Intervention Project Core Group: Attachment in Institutionalized and Community Children. **Romania Child Development**, v. 76, p.1015-1025, 2005.

# ANEXOS

## **ANEXO A –** Carta de Autorização SMADS

PREFEITURA DE SÃO PAULO
ASSISTÊNCIA SOCIAL

São Paulo, 06 de dezembro de 2011.

Ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP),

Informamos que Reinalda Melo da Matta, doutorando do Programa de Psicologia Clínica no Núcleo de Estudos Junguianos da PUC/SP e sua orientadora Prof. Dra Denise Gimenez Ramos apresentaram o projeto de pesquisa a ser desenvolvido com crianças nos abrigos da região Sudeste e Oeste da cidade de São Paulo.

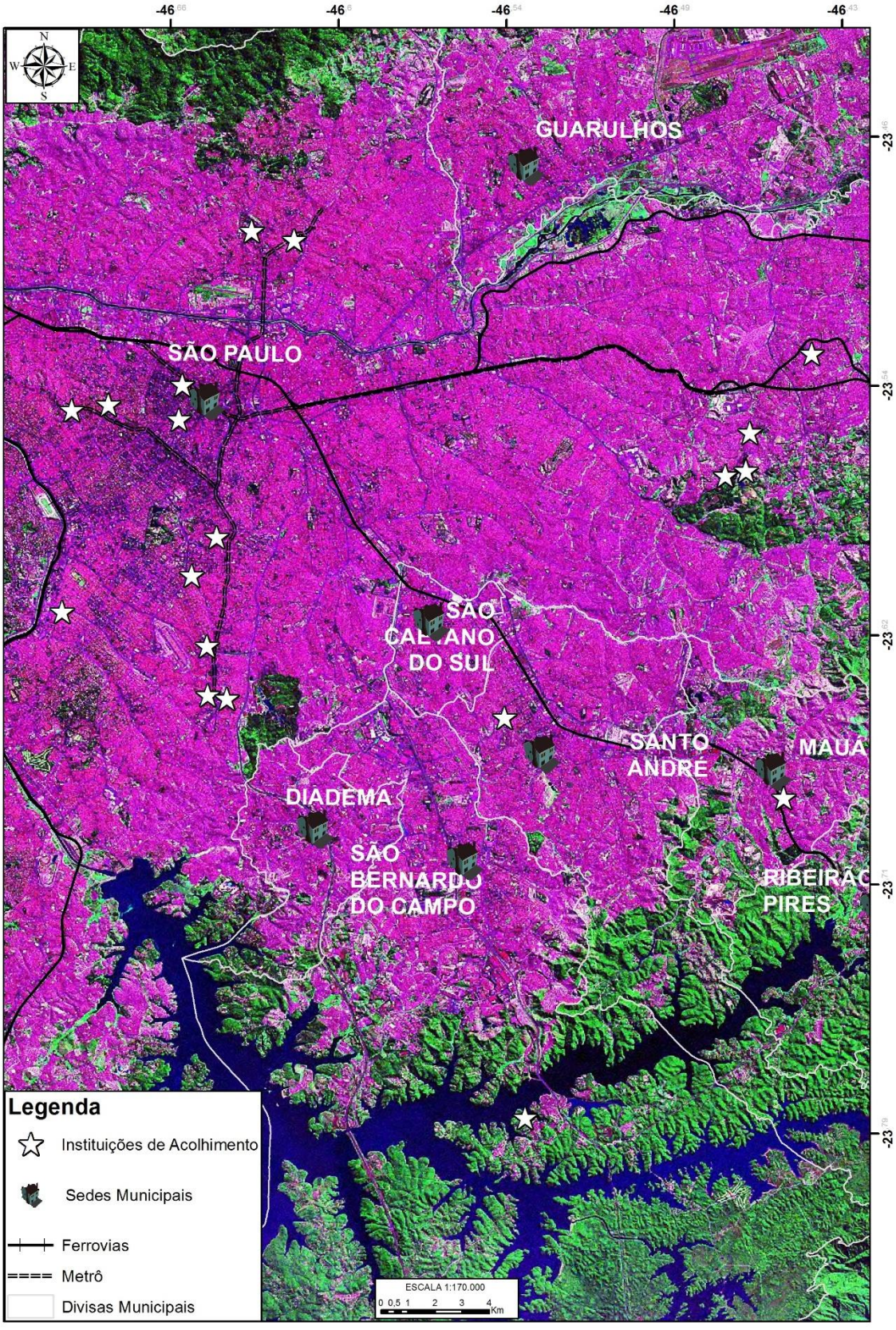
Após reunião realizada em 01/11/2011, as coordenadoras da Coordenadoria de Proteção Especial (CPSE) autorizaram a execução do projeto acima citado que terá início após a autorização do Comitê de Ética da PUC/SP.

Atenciosamente.

Zilah Daijo Kuroki
Coordenadora de Proteção Social Especial
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

1

**ANEXO B** – Georeferenciamento das Instituições Participantes da Pesquisa



**ANEXO C** – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC/SP

**PROJETO DE PESQUISA**

**Título:** Aspectos Psicodinâmicos em Crianças em Acolhimento Institucional: Diagnóstico e Transformação por meio do Processo Psicoterapêutico da Terapia do Sandplay.
**Área Temática:** Área 5: Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

**Pesquisador:** Reinalda Melo da Matta — **Versão:** 1
**Instituição:** — **CAAE:** 01873412.8.0000.5482

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Número do Parecer:** 29730
**Data da Relatoria:** 21/05/2012

**Apresentação do Projeto:**

A proposta deste trabalho é levantar reflexões a respeito do que se refere à necessidade de compreender, com maior precisão, a dinâmica de (re)produção da violência segundo as especificidades etárias que definem crianças e adolescentes, e como são concebidos projetos de prevenção ou proteção para estes sujeitos, em suas diferenças e semelhanças.

**Objetivo da Pesquisa:**

Proporcionar às crianças acolhidas uma melhora em sua saúde mental, oferecendo condições para que elaborem os possíveis eventos traumáticos relacionados ao abandono, negligência e maus tratos a que foram submetidas. O presente projeto visa também observar quais aspectos psicodinâmicos estão presentes nestas crianças no momento da avaliação inicial e após o tratamento, observar as possíveis mudanças na psique e consequências relativas aos maus tratos, abandono e negligência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O protocolo de pesquisa informa o seguinte referente a:
Riscos: o procedimento envolve risco mínimo ao sujeito, sendo que o benefício será o encaminhamento da criança para a continuidade do tratamento psicoterápico.
Benefícios: todos os sujeitos envolvidos na pesquisa receberão atendimento psicológico. As sessões serão semanais, durante 24 sessões (aproximadamente 6 meses), após este período serão quinzenais e mensais (para se efetuar o processo de desligamento). Grupo Controle: As crianças envolvidas no grupo controle e que apresentarem em seu diagnóstico a necessidade de terapia, serão encaminhadas para o processo psicoterapêutico após o término da pesquisa com o grupo experimental. As crianças do grupo controle obrigatoriamente não pertencem ao mesmo abrigo das crianças do grupo experimental. No diagnóstico inicial as crianças que apresentarem urgência para o tratamento psicológico serão atendidas nos primeiros grupos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa trata de questão relevante e inadiável.
Considero o trabalho pertinente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos exigidos para a avaliação ética foram apresentados de forma adequada.

**Recomendações:**

Recomendamos que a pesquisadora realize a pesquisa conforme foi apresentada e aprovada por este Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Esta relatora recomenda a aprovação da pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

**APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** – Ficha de Identificação

**Ficha de identificação**

**Data:** ____ de _____ de 20

**Nome do abrigo:**_____

**Nome da Criança:**_____

**Data de Nascimento:** ____ de _____ de 20

**Idade:**_____

**Escolaridade:**_____

**Data do Acolhimento:** ____ de _____ de 20

**Tempo de Acolhimento:**_____

**Motivo do Acolhimento:**_____

Visitas ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

**Grau de Parentesco:**_____

**APÊNDICE 2** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da pesquisa**: Trauma em Crianças em Acolhimento Institucional: Avaliação e Transformação por meio do Processo Psicoterapêutico da Terapia do Sandplay.

**Instituição**: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Pesquisador responsável**: Reinalda Melo da Matta.
**Telefone para contato**: XX (11) 4232-3249.

**Local onde será desenvolvida a pesquisa**: Abrigos da cidade de São Paulo, nas zonas Sul, Leste, Oeste, Sudeste e cidades do ABC.

- **Riscos e benefícios:** O procedimento não envolve risco mínimo ao sujeito, sendo que o benefício será o encaminhamento da criança para a continuidade do tratamento psicoterápico.
- **Não haverá métodos alternativos.**
- **Formas de acompanhamento:**
- **Grupo Experimental (GE):** As sessões serão semanais, no período de 20 sessões (aproximadamente 5 meses), com a Terapia do Sandplay. As crianças do Grupo Experimental obrigatoriamente não pertencem ao mesmo abrigo das crianças do Grupo Placebo e do Grupo Controle.
- **Grupo Placebo (GP):** As crianças participantes do Grupo Placebo terão encontros semanais, no período de 20 sessões (aproximadamente 5 meses) e serão convidadas a brincar com uma caixa de areia pequena e pedras. As crianças do Grupo Placebo obrigatoriamente não pertencem ao mesmo abrigo das crianças do Grupo Experimental e do Grupo Controle.
- **Grupo Controle (GC):** As crianças participantes do Grupo Controle ficarão em lista de espera por 20 semanas. Após esse período, serão encaminhadas para o processo psicoterapêutico. As crianças do Grupo Controle obrigatoriamente não pertencem ao mesmo abrigo das crianças do Grupo Experimental e do Grupo Placebo.

- **Observação:** As crianças do GP e GC, após as 20 semanas e a segunda avaliação, apresentando resultados clínicos e/ou limítrofe no CBCL/6-18, serão encaminhadas para tratamento psicológico.
- **Esclarecimentos:** A qualquer momento da pesquisa, os responsáveis têm o direito de pedir esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, preservando-se, no entanto, a confidencialidade do processo psicológico da criança envolvida.
- **Custos e pagamentos:** Não haverá custos em nenhum momento da pesquisa para os sujeitos.
- **Confidencialidade:** Os dados da pesquisa que possam identificar os sujeitos sofrerão um procedimento de descaracterização, desde que este não interfira na verdade da pesquisa; se a descaracterização não for possível, esses dados serão desprezados.
- **Direito de desistência:** Os sujeitos ou seus responsáveis legais poderão recusar a participação na pesquisa ou desistir da mesma, a qualquer momento.

- **Consentimento voluntário:**_____

_____

responsável legal por_____entendo que qualquer informação obtida sobre a criança abrigada será confidencial. Entendo que os dados da pesquisa estão disponíveis para a revisão da pesquisadora. Ficou esclarecido para mim que a identidade da criança não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; em consequência, concordo com a publicação para propósitos científicos.

Certifico que este termo de consentimento nos foi lido e entendemos o seu conteúdo. Uma cópia deste termo nos será fornecida e anexada ao prontuário da criança. A assinatura do responsável do abrigo demonstra a aceitação e a livre concordância na participação deste estudo.

_____

**Assinatura do responsável do abrigo**

_____

**Assinatura da criança participante**

**Data:____ de _____ de 20**

Eu certifico que expliquei aos responsáveis legais da criança, a natureza, o propósito e os benefícios associados à sua participação nesta pesquisa. Respondi a todas as questões que me foram feitas e testemunhei as assinaturas acima.

_____

**Assinatura da pesquisadora**

**Data:____ de _____ de 20**

**OBS:.** O presente termo consta de 2 (duas) páginas e se encerra aqui.

**APÊNDICE 3** – Lista de Miniaturas

| **Lista de Miniaturas** | |
|---|---|
| Agrupamento | Miniaturas |
| Acessórios | Bijuterias (brincos, colares, anéis e pulseiras) /bolsa marrom/colares dourados e prateados/sombrinha e chapéu |
| Anfíbio | Tartarugas/sapo com filhote/sapos |
| Animais domésticos | Bois/vacas/burros/jumento/cabras/ovelhas/porcos/cavalos/cachorros/gatos |
| Animais marinhos | Baleias/golfinhos/peixes/tubarão/caranguejo/conchas /estrelas do mar |
| Animais Pré-históricos | Dinossauros (grandes e pequenos) |
| Animais selvagens | Elefante/tigre/leão/onça/hipopótamo/lobo/ursos/javali/veado/zebra/ |
| Animal urbano | Rato |
| Arsenal de guerra | Soldados |
| Aves domésticas | Ganso/galinha/pato/ninhos com passarinho |
| Aves selvagens | Tucano |
| Bolas | Bolas de vidro coloridas (pequenas) |
| Bonecas | Bonecas de plástico |
| Cercas/Barreiras | Cercas |
| Comida | Comida (tortas, ovo, pastel, arroz, sanduíches) /balas de vidro |
| Comida | Lata cerveja |
| Comida | Frutas (limão, laranja, uva, coco, pinhas, nozes) |
| Construção | Casas (barro, pedras, plástico), castelo. |
| Elementos da natureza | Flores/folhas secas/grama/árvores |
| Elementos da natureza | Pedras brasileiras, de rio |
| Elementos de construção | Madeiras/palitos/paus/sucatas |
| Elementos de ligação | Ponte |
| Ferramentas de trabalho | Ferramentas de plástico |
| Figuras religiosas | Santos católicos |
| Insetos/artrópodes | Aranha/barata/louva-a-deus/cigarras/besouros/moscas/formiga/escorpião/borboletas. |
| Agrupamento | Miniaturas |

| | |
|---|---|
| Meios de transporte aéreo | Aviões |
| Meios de transporte marítimo | Barcos |
| Meios de transporte terrestre | Ônibus/trem/caminhão/carros/carroça |
| Monumento | Torre Eiffel |
| Mundo | Globo terrestre |
| Objetos domésticos | Sofá/poltronas/canecas/pratos/talheres/copos/taça/bules |
| Objetos mecânicos | Relógio/placa eletrônica |
| Objetos mortuários | Esqueleto |
| Objetos musicais | Instrumentos musicais (berimbau) |
| Penas de aves | Penas |
| Personagens heroicas | Super-heróis |
| Pessoas | Guerreiros/índios/soldados/bebês |
| Répteis | Cobra/lagarto/jacaré |

**APÊNDICE 4** – Resultados do CBCL/6-18 em T0

| Caso | Grupo | Idade | CBCL1 | Fatores Internalizantes | Fatores Externalizantes | Total de Problemas |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | GE | 9a 10me | Clinico | 58/57 | 71C/75C | 65C/66C |
| 2 | GE | 6a 10me | Clinico | 64C/50 | 68B/66C | 66C/58 |
| 3 | GE | 9a 1me | Clinico | 66C/58 | 69C/78C | 68C/68C |
| 4 | GE | 7a 5me | Clinico | 68C/54 | 65C/59 | 67C/57 |
| 5 | GE | 7a 8me | Clinico | 62B/50 | 75C/66C | 69C/58 |
| 6 | GE | 8a 10me | Clinico | 65C/67C | 80C/85C | 73C/76C |
| 7 | GE | 9a 10me | Clinico | 66C/70C | 71C/80C | 69C/75C |
| 8 | GE | 9a 8me | Clinico | 54/66C | 57/65C | 56/66C |
| 9 | GE | 9a 3me | Clinico | 67C/68C | 69C/71C | 68C/70C |
| 10 | GE | 9a 8me | Clinico | 66C/68C | 56/69C | 62B/69C |
| 11 | GE | 9a 2me | Clinico | 71C/68B | 69B/78C | 70C/73C |
| 12 | GE | 8a 3me | Clinico | 66C/68C | 58/62B | 61B/68C |
| 13 | GE | 6a 8me | Clinico | 48/54 | 65C/70C | 60B/62B |
| 14 | GE | 9a 10me | Clinico | 73C/77C | 74C/80C | 74C/79C |
| 15 | GE | 9a 10me | Clinico | 65C/69C | 66C/68C | 66C/69C |
| 16 | GE. | 9a 4me | Clínico | 68C/70C | 65C/66C | 67C/68C |
| 17 | GE | 6a 6me | Clinico | 54/54 | 80C/78C | 67C/66C |
| 18 | GE | 6a 6me | Clínico | 60B/63B | 71C/66C | 66C/65C |
| 19 | GE | 8a 6me | Clinico | 54/54 | 80C/78C | 67C/66C |
| 20 | GE | 9a 8me | Clinico | 62B/65C | 69C/60B | 66C/63B |
| 1 | GC | 7 a 5 me | Clinico | 65C/68C | 67C/77C | 66C/73C |
| 2 | GC | 7a 1me | Clinico | 50/60B | 66C/74C | 58/67C |
| 3 | GC | 8a 11me | Clinico | 60B/50 | 69C/70C | 65C/60B |
| 4 | GC | 8a 6me | Clinico | 66C/71C | 66C/74C | 66C/73C |
| 5 | GC | 8a 10me | Clinico | 70C/58 | 79C/74C | 75C/66C |
| 6 | GC | 7a 7me | Clinico | 58/52 | 64C/73C | 60B/62B |
| 7 | GC | 8a 10me | Clinico | 65C/57 | 66C/61B | 66C/59 |
| 8 | GC | 8a 11me | Clinico | 60B/69C | 47/66C | 54/68C |
| 9 | GC | 9a 10me | Clinico | 67C/65C | 64C/65C | 66C/65C |
| 10 | GC | 9a 10me | Clinico | 66C/68C | 61B/69C | 63B/69C |
| 11 | GC | 6a 7me | Clinico | 66C/67C | 66C/64C | 66C/66C |
| 12 | GC | 9a 6me | Clinico | 61B/75C | 80C/82C | 74C/79C |
| 13 | GC | 7a 8me | Clinico | 50/54 | 77C/75C | 69C/66C |
| 14 | GC | 9a 6me | Clínico | 67C/65C | 64C/67C | 66C/66C |
| 15 | GC | 7a 1me | Clínico | 48/54 | 65C/70C | 60B/62B |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **16** | **GC** | **8a 1me** | **Clínico** | **66C/69C** | **68C/67C** | **67C/68C** |
| **17** | **GC** | **7a** | **Clínico** | **60B/60B** | **71C/75C** | **66C/68C** |
| **18** | **GC** | **9a 4me** | **Clínico** | **66C/62B** | **65C/67C** | **66C/65C** |
| **19** | **GC** | **7a 1me** | **Clínico** | **58/68C** | **67C/70C** | **63B/69C** |
| **20** | **GC** | **7a 5me** | **Clínico** | **65C/66C** | **71C/69C** | **68C/68C** |
| **1** | **GP** | **8a 11me** | **Clínico** | **65C/68C** | **65C/80C** | **65C/74C** |
| **2** | **GP** | **6 a 11 me** | **Clínico** | **57/67C** | **58/73C** | **58/70C** |
| **3** | **GP** | **8 a 4 me** | **Clínico** | **60B/65C** | **69C/62B** | **65C/64C** |
| **4** | **GP** | **7a 10me** | **Clínico** | **66C/65C** | **65C/71C** | **66C/68C** |
| **5** | **GP** | **7a 5me** | **Clínico** | **65C/67C** | **71C/75C** | **67C/65C** |
| **6** | **GP** | **7a 2me** | **Clínico** | **50/54** | **77C/75C** | **69C/66C** |
| **7** | **GP** | **6a 6me** | **Clínico** | **67C/69C** | **66C/61B** | **67C/65C** |
| **8** | **GP** | **7a 8me** | **Clínico** | **65C/67C** | **71C/75C** | **67C/65C** |
| **9** | **GP** | **6a 6me** | **Clínico** | **54/58** | **78C/80C** | **66C/69C** |
| **10** | **GP** | **6a 6me** | **Clínico** | **66C/70C** | **64C/66C** | **65C/68C** |
| **11** | **GP** | **9a 5me** | **Clínico** | **60B/65C** | **73C/75C** | **67C/70C** |
| **12** | **GP** | **9a 11me** | **Clínico** | **62B/64C** | **74C/77C** | **68C/71C** |
| **13** | **GP** | **9a 6me** | **Clínico** | **61B/75C** | **63B/64C** | **62B/70C** |
| **14** | **GP** | **9a 10me** | **Clínico** | **70C/72C** | **73C/77C** | **72C/75C** |
| **15** | **GP** | **7 anos** | **Clínico** | **60B/66C** | **75C/66C** | **68C/66C** |
| **16** | **GP** | **8a 10me** | **Clínico** | **66C/71C** | **64C/75C** | **63B/73C** |
| **17** | **GP** | **8a** | **Clínico** | **70C/74C** | **79C/83C** | **75C/79C** |
| **18** | **GP** | **6a 9me** | **Clínico** | **65C/70C** | **76C/80C** | **70C/75C** |
| **19** | **GP** | **8a 1me** | **Clínico** | **66C/68C** | **69C/68C** | **68C/68C** |
| **20** | **GP** | **8a 11me** | **Clínico** | **66C/69C** | **71C/75C** | **69C/72C** |

Cor lilás: **GE**

Cor azul: **GP**

Cor verde: **GC**

**APÊNDICE 5** – Temas para o estudo dos cenários da Terapia do Sandplay (TS)

**Temas para o estudo dos cenários da Terapia do Sandplay**

**I Temas que sugerem a dor psíquica relacionada ao trauma**

**1. Ameaça/Conflito (Harriet & Mitchell and Matta & Ramos)**

Considera-se situação de ameaça ou perigo a utilização de expressões verbais e imagens, no cenário, que sugerem estado ou atributo do que é ameaçador ou perigoso. Ou de verbalizações ou imagens nas quais se exprime a vontade que se tem de fazer mal a alguém em situações nas quais alguém corre grandes riscos. São situações relacionadas com confrontos, como:

- Ameaça X proteção
- Medo X coragem
- Perigo X segurança
- Desconhecido X conhecido
- Dificuldades X facilidades
- Luta/guerra

Expressões verbais:

São consideradas ameaça/conflito as expressões verbais relacionadas a um estado de choque ou enfrentamento e possibilidade de ameaça e destruição: "O leão tem que abrir o caminho. Tem que achar os amigos", "Vou fazer uma guerra aqui", "O elefante e a girafa iam lutar". Ou através da verbalização da contradição, do desconhecido e do medo: "De repente os animais e objetos começaram a entrar sem o mínimo sentido", "Vou fazer uma guerra contra a casa do mal", "Este pinguim está com a cara de assustado", "A cobra roubou uma churrasqueira, todo mundo começou a procurar a cobra. Acharam e caíram em cima dela", "Esta bola é uma bomba", "Todos atacavam o cavalo porque ele é do mal".

Construções na areia e utilização de miniaturas:

Identificam-se como ameaça/conflito as imagens dos cenários onde existe uma oposição de miniaturas em posição ameaçadora, e um enfrentamento. A presença de batalhas entre soldados e índios, as possibilidades de ameaça, o confronto entre animais selvagens predadores e não predadores, o

enfrentamento de animais e robôs são algumas das expressões deste tema, em que se faz uso das seguintes miniaturas:

- Animais selvagens, aves selvagens, insetos, animais marinhos, animais predadores e animais pré-históricos em posições ameaçadoras;
- Armas e arsenal de guerra. Soldados, índios e guerreiros em posições ameaçadoras ou de ataque;
- Miniaturas caídas/viradas em posição de destruição;
- Palitos/paus usados como espetos/armas.

**2. Caótico (Harriet & Mitchell) / Destruição (Matta & Ramos)**

São consideradas no atributo caótico/destruição as expressões verbais e as imagens das cenas onde existem referências a miniaturas ou construções na areia que impedem ou dificultam a livre circulação e onde pode ser observada uma ação ou efeito de colocar abaixo o que está construído - uma demolição, eliminação, devastação, ruína, uma extinção total, um aniquilamento e fim. A mistura de miniaturas se faz em total desequilíbrio e desarrumação (caos). Existe a dificuldade em conseguir visualizar objetos, ou objetos ocultados por outros, na superfície da areia. O caos provoca o congestionamento, o qual pode ser comparado à estagnação do fluxo da energia psíquica. A energia não tem um caminho de saída; nestas condições, ela se apresenta estagnada e não geradora de criatividade e produtividade.

Expressões verbais:

- Superposição de objetos, por exemplo: “Um monte de coisas valiosas”. “Todo o dinheiro está dentro do cofre”, “Todas estas moedas são de antigamente”.
- Obstáculos e dificuldades, por exemplo: “Enfrentaram vários obstáculos para chegar até lá”, “Este é um lago com pedras”, “Era no Egito, quem subisse pela pedra tinha que passar pelas grades”.
- Movimento desordenado e caótico, por exemplo: “Eu jogo as coisas que eu gosto”, “É o caminho da favela”.
- Termos relacionados a desastres da natureza (terremoto, furacão, vulcão, tempestades, maremotos, avalanches e inundações), por exemplo: “Era um tipo de zoológico com areia movediça”, “Houve uma inundação e destruiu tudo”, “Houve uma grande enchente e todos morreram”.
- Termos relacionados à demolição (desconstrução) e fim, por exemplo: “A caverna desmoronou e matou o inimigo”, “Aí houve uma catástrofe e tudo acabou”, “Tinha que pular e podia bater a cabeça e estourar”.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Miniaturas enterradas ou semienterradas.
- Miniaturas jogadas, caídas ou reviradas.
- Areia revolvida.
- Caminhos obstruídos.
- Superposição de objetos.

**3. Raiva (Matta & Ramos)**

Considera-se a expressão do sentimento raiva como protesto contra alguém ou alguma coisa, e que se exterioriza quando o ego se sente ferido ou ameaçado. A raiva também pode ser um sentimento passageiro, expressão da irritabilidade e agressão humana. Ela pode se manifestar na violência verbal e/ou física. No corpo humano, a raiva pode gerar problemas no sistema nervoso central, uma disfunção das glândulas de secreção endócrina, distúrbios no aparelho digestivo e desequilíbrio psicológico.

Expressões verbais:

Verbalizações como: “Eu odeio este colega”, “Estou com raiva do meu pai”, “Minha mãe não liga para mim”, “Vou passar por cima de tudo isto aqui”, “Este cara vai matar todo mundo que está aqui”.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

Destruição de miniaturas (quebrar intencionalmente), jogar areia na terapeuta.

**4. Machucado/Ferido (Harriet & Mitchell)**

São tomadas como representações de machucado ou ferido as expressões verbais e as imagens de cenário em que aparecem situações que sugerem a possibilidade de alguém se machucar/ferir.

Expressões verbais:

“Este jacaré pegou este animal, ele está preso”, “Este animal pode pegar esta criança”.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Animais ferozes com miniaturas na boca.

**5. Negligência (Harriet & Mitchell)**

São consideradas como representações de negligência as expressões verbais e as imagens do cenário em que aparecem situações que podem sugerir abandono ou negligência.

Expressões verbais:

"Este bebê está sozinho aqui", "Deixaram este animal aqui sem ninguém".
"Esta menina se perdeu na floresta", "Esta família se perdeu no caminho".

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Miniaturas de pessoas/animais sozinhos ou presos sem possibilidade de saída.

**6. Defesas (Matta & Ramos) / Cisão (Harriet & Mitchell)**

Consideram-se como defesas as expressões verbais e imagens dos cenários relacionadas à separação da construção, o fechamento e delimitação de espaços dentro da caixa de areia, assim como as imagens das cenas nas quais é possível visualizar a ação de defender-se e resistir a ataques, assim como presença de miniaturas utilizadas como equipamento ou estrutura defensiva e de proteção. Inicialmente, as defesas surgem nos cenários de forma rígida: cercas ou espaços delimitados sem saída ou abertura. Consideram-se as cercas fechadas como sendo defesas mais rígidas, enquanto cercas com aberturas e saídas são mais flexíveis e adaptadas.

Expressões verbais:

Separação e delimitação de espaços, por exemplo: "Aqui é a cidade Springfield", "A cidade separada da floresta", "Vou fazer uma floresta, vou fazer um museu diferente", "A corrente cerca a cidade deles", "Isto era onde é o deserto" "Todas as grades são para defender as plantas".

- Proteção, socorro ou resgate: "O beija-flor te ajuda a mostrar o caminho", "Tenho que esconder a usina elétrica", "Vou ter que fazer uma proteção para o pato não passar".

10.1.1.1 Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Muralhas
- Barreiras

- Muros
- Obstáculos
- Espaços circunscritos/delimitados
- Miniaturas de cercas, paus/palitos demarcando espaço.

**7. Escondido/Secreto/Misterioso (Harriet & Mitchell)**

São tomadas como manifestação do escondido /secreto/misterioso as expressões verbais e imagens de cenários onde as miniaturas foram enterradas ou escondidas da visão, mergulhadas ou afundadas na água, além da areia inundada de água, como se formasse um pântano, e miniaturas colocadas no fundo da lama e enterradas na areia.

Expressões verbais:

Termos relacionados a afundamentos, como atoleiro, pântanos e alagamentos e inundação por rios e mar, por exemplo: “Deste lado é um pântano”, “Tudo do mar, faz de conta que aqui é a areia do mar”, “Eles estão se escondendo do dinossauro”, “Estas pessoas estão se escondendo com medo”, “Estas pedras estão no fundo do rio”.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Areia encharcada de água
- Miniaturas mergulhadas ou afundadas na areia
- Miniaturas no fundo da lama e enterradas na areia
- Animais/pessoas escondidas debaixo da areia. Pedras escondidas debaixo da areia.

**II Temas relacionados à transformação e à possibilidade de melhora do trauma**

**8. Celebração (Matta & Ramos)**

São consideradas formas de celebração as expressões verbais e imagens de cenários onde existe o ato ou efeito de celebrar. A homenagem, comemoração ou festejo de uma data. O enaltecimento, a realização de um ritual, louvação pública, festividade e solenidade.

Expressões verbais:

- Termos relacionados a datas festivas como Natal e aniversário, por exemplo: Aqui lembra o Natal", "Aqui vai ser uma festa", "Parece uma estrela, e é uma estrela. E um monte de gente comemorando".
- Termos relacionados a poder e realeza, por exemplo: "Grande estátua do rei que morreu", "Uma estátua do rei".

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Bijuterias/acessórios (cordões dourados ou coloridos)
- Instrumentos musicais
- Penas coloridas
- Figuras mitológicas

**9. Centralização (Harriet & Mitchell e Matta & Ramos)**

São caracterizadas como centralização as expressões verbais ou imagens dos cenários onde aparece a reunião ou concentração de areia no centro da caixa de areia. E onde se dão a colocação e a convergência de objetos em direção ao centro da caixa de areia.

Expressões verbais:

- Termos relacionados a movimento em direção ao centro da caixa, por exemplo: "É um farol", "É a montanha onde as pessoas pulam de paraglider", "Vou fazer uma montanhona".

10.1.1.2 Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Construções no centro da caixa de areia de ilhas, elevações (montanhas), círculos.
- Miniaturas utilizadas no centro da caixa: lâmpada, bolas de vidro, moedas, globo, meios de transporte.

**10. Integração (Harriet & Mitchell and Matta & Ramos)**

São consideradas reflexo de integração as expressões verbais e as imagens de cenário que representam ligação entre as várias partes do cenário formando um todo coerente e harmonioso.

Expressões verbais:

- Relacionadas à união, como, por exemplo: “Aqui é uma ponte” “Aqui eu vou fazer uma ponte”.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Pontes, rios e barreiras como elementos de ligação
- Miniaturas iguais colocadas em lados opostos
- Construção de círculos ou mandalas na areia
- Traçado de caminhos na areia.

**11. Caminho (Harriet & Mitchell)**

Reuniram-se como caminho os movimentos na caixa de areia que sugerem construção de estradas ou vias de acesso a algum lugar. Esses movimentos podem ser em direção aos cantos ou ao centro da caixa de areia.

Expressões verbais:

“Este caminho leva para a casa”, “Estes carros vão passar nesta estrada”, “Aqui é o caminho do barco”.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Ruas e estradas
- Rios

## 12. Nutrição (Harriet & Mitchell and Matta & Ramos)

Considera-se símbolos de nutrição as expressões verbais e imagens que representam a transferência, a utilização e o consumo de alimentos.

Expressões verbais:

- Termos relacionados a alimento/alimentação como: “Este é o bolo do meu aniversário”, “Esta comida é para o bebê”, “Eles foram fazer um pic-nic”, “A mamãe está dando de comida para o bebê”. “Estas bolas de gude são comida”.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Construção com areia de bolo para comer
- Miniaturas de alimentos
- Confecção de comidas usando a areia.

## 13. Proteção/Cuidado (Matta & Ramos)

Considera-se como símbolos de proteção ou cuidado as expressões verbais e imagens que a ação ou efeito de proteger. Dar apoio, ajuda e socorro.

Expressões verbais:

- Termos relacionados ao cuidado: “Ele está cuidando da criança”, “Aqui eles cuidavam dos bichos e da natureza”, “A mamãe está cuidando do filho dela”. “O guincho vai socorrer os outros carros”.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Construção na areia como forma de defesa (p.e., barreiras de areia)
- Cercas empregadas como defesa com a intenção de proteção de pessoas em relação a animais perigosos.

**14. Transferência (Matta & Ramos)**

Considera-se transferência o processo que ocorre no *setting* analítico, em que o paciente transpõe para a analista seus sentimentos e atitudes em relação a outros objetos. A transferência pode ser positiva (amorosa) ou negativa (raiva).

As expressões verbais que expressam sentimentos de amor ou raiva, por exemplo: "É um coração para você", "A Reinalda é toda delicada", "Estou jogando bombas na Reinalda e ela não reage", "A minha psicóloga sabia de tudo e era bom vir aqui". Expressões verbais relacionadas à curiosidade sobre a terapeuta: "Quantos anos você tem?", "Para quem você vai deixar as miniaturas, quando parar de trabalhar?", "Quantas fotos você tem que tirar de cada cenário?", "Você tem filhos"?

Expressões verbais:

- Termos relacionados aos sentimentos de amor/raiva em relação à terapeuta.
- Expressões ligadas à curiosidade em relação à vida pessoal da terapeuta.

Construções na areia e utilização de miniaturas:

- Construção na areia: desenhos de coração, nome da terapeuta.
- Miniaturas que podem simbolizar a figura da terapeuta.

## REFERÊNCIAS

GRUBBS, G. **The sandtray categorical checklist for sandtray assessment**. Privately Printed, 1997.

MATTA, R. M. **A utilização da terapia de sandplay no tratamento de crianças com transtorno obsessivo-compulsivo**. 2006. Dissertação (Mestrado) – São Paulo: PUC-SP, 2006.

MITCHELL, R.R.; FRIEDMAN, H.S. **Sandplay:** Past, present & future. London: Routledge, 1994.

RAMOS, D. G.; MATTA, R.M. Sandplay: A Method for Data Analysis. **Journal of Sandplay Therapy**, v. XVII, n. 2, p. 93-115, 2008.