

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE – CCBS
PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

SINAIS DE TRANSTORNO DE APEGO REATIVO EM CRIANÇAS
ABRIGADAS POR MEIO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

RENATA HOTTUM MELANI

São Paulo

2010

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE – CCBS
PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

SINAIS DE TRANSTORNO DE APEGO REATIVO EM CRIANÇAS
ABRIGADAS POR MEIO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

RENATA HOTTUM MELANI

**Dissertação apresentada como exigência
parcial para obtenção do grau de Mestre em
Distúrbios do Desenvolvimento**

Orientador: Prof. Dr Geraldo A. Fiamenghi Jr

**Linha de Pesquisa: Políticas de atendimento:
campos de atuação, programas, recursos e
intervenções especializadas abrangendo,
preferencialmente, educação, saúde,
seguridade social e trabalho**

São Paulo

2010

M517s Melani, Renata Hottum

Sinais de transtorno reativo de vínculo em crianças abrigadas por meio do desenho da figura humana / Renata Hottum Melani – 2010.

70 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) -
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

Bibliografia: f. 60-68.

“Em nome de um futuro hipotético, subestima-se tudo o que hoje são suas alegrias, tristezas, espantos, cóleras e paixão. Em nome de um futuro que não compreende e nem precisa compreender, nós lhe roubamos anos inteiros de suas vidas”

Agradecimentos

Gostaria de dedicar e agradecer à minha mãe, que sempre me apoiou e que a todo o momento foi um ponto de segurança, me dando sempre a certeza de que a conquista de meus ideais e sonhos viriam. Por me fazer enxergar com um olhar diferente as situações. Pela moral, me faz perceber o ser humano como alguém em quem podemos e devemos investir. Por sua amizade, compreensão e amor oferecido.

A meu pai que possibilitou a oportunidade de estudo e pelo amor e apoio dedicado, muitas vezes abdicando de seus sonhos para que eu realizasse os meus.

Aos meus irmãos o afeto e apoio nos momentos mais delicados, por terem me dado força para continuar. Que mostraram através de seus exemplos que com vontade e habilidade a conquista é certa.

Às minhas cunhadas pelas longas conversas que possibilitaram reflexões e incentivo.

Aos meus sobrinhos Matheus e Luiz Felipe que por diversas vezes me tiraram de frente do computador com um convite tentador a brincadeira. Lembrando-me e confirmando a consolidação do afeto através do brincar. À minha sobrinha Valentina que mesmo em gestação já é presença que me envolve e alegra.

Ao Geraldo que me orientou com paciência e que aguçou ainda mais o meu senso crítico apresentando uma visão humana sobre a pesquisa.

Aos meus professores do mestrado que contribuíram para o meu conhecimento e ampliaram meu olhar sobre a vida e a sociedade. Principalmente a Sueli que desde os tempos de graduação com afeto e alegria auxiliou na minha formação e busca pelo saber e pela ética.

À Profª Drª Maria Helena Melhado Stroili e a Profª Drª Sueli Galego de Carvalho que se propuseram com carinho e atenção ler o trabalho e me incentivaram a ampliar o meu conhecimento sobre o tema.

À instituição que abriu suas portas confiando num trabalho ético a ser realizado. As crianças do abrigo que aceitaram participar da pesquisa fornecendo seus desenhos. E que me permitiram através desse instrumento de pesquisa chegar tão próximo ao seu mundo emocional e afetivo.

As minhas amigas de mestrado que apesar muitas vezes termos “surtado” com prazos e provas fomos capazes de rir, mesmo das situações mais críticas.

A todos os meus amigos e amigas e a minha prima Andrea que apoiaram e se envolveram e que muitas vezes me convidaram a momentos de descontração me possibilitando uma renovação de energia.

A todos que acreditaram na minha capacidade de estudo e que de alguma forma contribuíram e me deram força de ir à busca do que eu queria, mesmo muitas vezes apenas torcendo calados.

Ao Mack pesquisa, pelo seu apoio financeiro.

MELANI, R.H. **Investigação de sinais de Transtorno de Apego Reativo em crianças abrigadas por meio do Desenho da Figura Humana**. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie. 2010.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar por meio de desenho da figura humana, sinais de Transtorno de Apego Reativo na Infância em crianças abrigadas. Foram avaliadas 25 crianças (15 do sexo masculino e 10 do feminino), com idades entre 4 a 12 anos, que vivem em um abrigo na região metropolitana de São Paulo. O instrumento utilizado para avaliação foi o Desenho da Figura Humana (DFH) seguindo os 30 indicadores emocionais propostos por Koppitz. Os resultados mostraram que 48% das crianças analisadas têm como característica a timidez, afastamento e falta de agressividade, além de reduzido interesse social, sentimento de imobilidade, desamparo e uma inabilidade de seguir em frente com autoconfiança. Outro indicador que se observou em 44% das crianças foi à agressividade aberta em relação ao ambiente e 40% das crianças apresentam sinais de sentimento de inadequação, ou culpa sobre a incapacidade de agir corretamente ou de agir em geral. Os resultados encontrados sugerem que algumas crianças dessa instituição apresentam indicadores significativos do Transtorno de Apego Reativo. Como os critérios diagnósticos para o transtorno ainda são imprecisos, outras pesquisas sobre o tema envolvendo o desenho ainda são necessárias.

Palavras-Chaves: Transtorno de Apego Reativo; Desenho da Figura Humana; Abrigo; Crianças.

MELANI, R.H. **Investigation of signs of Attachment Disorders in sheltered children using Human Figure Drawing.** Master Thesis. Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie. 2010.

ABSTRACT

This research aimed to investigate signs of Attachment Disorders in sheltered children using the Human Figure Drawing. 25 children (15 males and 10 female), aged 4 to 12 years living in a sheltered home in São Paulo metropolitan area were assessed. The instrument used for assessment was the Human Figure Drawing (HFD), following Koppitz's 30 emotional indicators. Results showed that 48% of the assessed children present shyness, withdrawal and lack of aggression, as well as poor social interest, feelings of immobility, despair and inability of going on with self confidence. Another indicator observed in 40% of the children was openly aggression towards the environment and 40% of the children also showed signs of inadequacy or guilt concerning their inability to act correctly or to act in general. Results suggest that some of the children in this sample present significant signs of Attachment Disorder. As diagnosis criteria for the disorder are still lacking precision, more research using the drawing are still needed.

Keywords: Attachment Disorder; Human Figure Drawing; Sheltered Home; Child.

SUMÁRIO

Resumo	6
Abstract	7
I. Introdução e Justificativas	9
II. Revisão da Literatura	11
1. Vínculo Afetivo	11
2. Abrigamento	17
3. Transtorno de Apego Reativo na Infância	33
4. Desenho da Figura Humana	39
III. Objetivos	43
IV. Método	44
1. Participantes	44
2. Local	45
3. Procedimento	45
4. Análise dos Dados	46
V. Resultados e Discussão	48
VI. Considerações Finais	55
Referências	58
Anexos	67

I. APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVAS

O presente projeto surgiu atendendo a meu interesse profissional, como psicóloga clínica e, por trabalhar, também, com crianças e adultos que apresentam comportamentos compatíveis com os de afastamento afetivo e agressividade social. Todos têm em comum uma história de abandono e negligência, assim como referem abusos e agressividade física e psicológica.

Trabalhando com crianças moradoras em favelas e com adultos moradores de rua, com as histórias assinaladas acima, surgiu à indagação de como essas questões se associam e interferem no seu comportamento atual, influenciando a maneira pela qual se vinculam.

Durante minha especialização, tive a oportunidade de atender na Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae, em certo momento, uma criança que havia sido retirada da mãe, pelo Conselho Tutelar, e que estava sob responsabilidade do Estado, num abrigo transitório havia um ano. Esse fato ocorreu por motivo de sua mãe o ter espancado. O paciente apresentava comportamentos que lembravam e faziam pensar em um diagnóstico de autismo; entretanto, esse diagnóstico não era confirmado pela psiquiatra da Clínica.

Circunstâncias como estas levam a pensar sobre a eficácia ou não da institucionalização e quais as conseqüências futuras que esse ato pode trazer, assim como, as formas de vinculações estabelecidas anteriores e durante o abrigamento.

Hoje, percebo que, de alguma forma, esse paciente se encaixaria, com mais precisão, num quadro de Transtorno de Apego Reativo na Infância.

Pode-se constatar que ainda existem poucos trabalhos sobre o Transtorno de Apego Reativo na Infância, apesar de já estar descrito no DSM-IV (APA, 1995). Além disso; poucos são os profissionais que realmente conhecem este quadro e que se encontra em condições de realizar um diagnóstico preciso.

Por essa razão, esse estudo tem como relevância científica a possibilidade de aumentar as pesquisas sobre o tema.

Do ponto de vista social, a avaliação adequada de crianças em condição de abrigamento pode auxiliar a maneira pela qual elas vão lidar com o mundo, além de favorecer seu desenvolvimento social e afetivo, com intervenções psicológicas, tanto individuais, quanto com as cuidadoras dessas crianças, que irão solucionar as dificuldades de comunicação e de relacionamento com o abrigo e com os companheiros.

II. REVISÃO DA LITERATURA

1. Vínculo Afetivo

Para Bowlby (1990), o vínculo afetivo (*attachment*) se dá na atração vivida por dois indivíduos. A vinculação afetiva ocorre como resultado do comportamento social e se modifica dependendo com quem a pessoa está se relacionando. Os membros vinculados tendem a se manter próximos e a ameaça de perda gera ansiedade e a perda real causa tristeza, entretanto as duas podem gerar raiva. Para o autor, o comportamento de *attachment* é instintivo. Desenvolve-se na infância com o objetivo de obter proximidade com a figura materna; entretanto, esse comportamento continua durante toda vida. É indispensável para vida social, pois é ele que favorece a capacidade de manter relações.

Segundo Barros e Fiamenghi (2007), mães que são insensíveis e negligentes às necessidades de seus filhos, acabam por gerar nas crianças insegurança, tanto em relação à própria mãe, quanto em relação aos outros. Quando as crianças têm suas necessidades de afeto, trocas subjetivas e cuidados com higiene e alimentação atendidas, tornam-se confiantes e desenvolvem-se emocional, física e intelectualmente de forma saudável. Pode-se inferir, portanto, que crianças vivendo em instituições, sem a presença de uma pessoa significativa, poderão ter seu desenvolvimento prejudicado.

Bowlby (1990) ainda considera que transtornos psiconeuróticos e de personalidade são reflexos de uma falha na capacidade de estabelecer vínculo,

ocorrida durante uma alteração no desenvolvimento infantil, ou em transtornos subseqüentes, distúrbios esses que se manifestam sempre na deterioração da capacidade de manter vínculos. Relata que ao examinar causas de distúrbios psiquiátricos na infância, percebeu que as condições anteriores, num número elevado de crianças, foram a ausência de oportunidade para estabelecer vínculos afetivos, ou rupturas de vínculos que foram estabelecidos.

O autor alerta que perdas na família ocorridas até os 5 anos de idade podem resultar em risco para o desenvolvimento da personalidade; entretanto, as ocorridas mais tarde também representam um risco. As crianças menores, além de se afligirem com a separação, demoram ainda mais para a elaboração do luto. Bowlby (1990) expõe estudos nos quais crianças que haviam perdido os pais sentiam-se mais entristecidas; as pequenas ainda esperavam o regresso de suas mães, durante algumas semanas, e quando o choro diminuía, elas negavam o caráter definitivo da perda. Ao assumirem, de fato, a perda, apresentavam comportamentos agressivos e de pânico. O autor conclui que crianças necessitam de alguém em quem possam confiar e que atue como substituta da figura perdida. Com a permanência deste adulto, o vínculo gradualmente irá se construir, podendo assim reorganizar sua vida interior.

Na abordagem de Erikson (1976), encontramos um estágio que avalia a necessidade do vínculo inicial mãe e bebê e de como este vínculo interfere nos vínculos futuros quanta a confiança. Para o autor, a confiança básica se estabelece no período sensório-oral. Conforme o bebê vai crescendo e aumentando o tempo em que fica acordado, ele se familiariza mais com o ambiente e com as pessoas responsáveis pelo seu conforto e, aos poucos vai identificando essas pessoas. Devido à confiança e à familiaridade com a figura

materna, o bebê atinge um estado de aceitação, no qual admite até que essas pessoas podem se ausentar por um tempo. Pela continuidade de experiências positivas, o bebê vai aprendendo que pode confiar nesses adultos percebe que pode confiar em si mesmo. Essa certeza deverá superar a desconfiança básica inicial. Dessa confiança, a criança adquire a esperança. A base da esperança está nas relações com pais maternalmente dignos de confiança que responderam às necessidades dessas crianças de forma satisfatória. A falta de reconhecimento pode causar o alheamento na personalidade da criança, uma sensação de separação e abandono.

Siqueira e Dell'Aglio (2006) acreditam na importância do reforçamento do vínculo e que os efeitos da falta de reforçamento serão visíveis no comportamento desadaptado desses indivíduos. As autoras assinalam que, crianças institucionalizadas, por longos períodos, possuem dificuldades na sociabilidade e na manutenção de vínculos afetivos na vida adulta. E concluem,

A dimensão afetiva é parte inerente nas relações humanas, não devendo portanto ser excluída enquanto elemento propiciador de um desenvolvimento. Ausência de interação com um ou mais adultos que queiram o bem incondicional destas crianças e adolescentes, que estão sob o cuidado, pode configurar em uma ameaça ao desenvolvimento psicológico sadio. (p. 71)

Para se estabelecer vínculo é necessário que percebamos o outro.

Para que se possa perceber o outro é necessário que cada um saiba o que isso significa. Portanto, a visibilidade que se tem do outro depende, em parte, da visibilidade vivida pelo indivíduo. (ORIONTE e SOUSA, 2005, p. 29)

Pensando sobre crianças que tiveram suas relações familiares cortadas, seus vínculos desfeitos pela separação da mãe, que sofreram maus tratos e que pouco é vistas, seriam elas capazes de alcançar a dimensão do sofrimento alheio?

Segundo Oriente e Sousa (2005), a afetividade é parte inerente das relações humanas e tem influência no desenvolvimento global de um indivíduo. Relações afetivas podem inibir ou incentivar o desenvolvimento cognitivo, social e emocional.

Pode-se entender que esta ameaça também aconteça com indivíduos institucionalizados.

Winnicott (1987) explica que durante uma perda são esperados momentos de aflição e, quando esses sentimentos não ocorrem, podemos suspeitar de um transtorno mais profundo. Portanto, ele atribui um valor positivo ao comportamento antissocial, como resposta de uma criança que sofre a perda de uma pessoa amada, pois para ela isso significa perda de segurança. Conclui assim, que “indivíduos que sofrem são os que mais facilmente podem ser ajudados” (p. 11).

Segundo o mesmo autor, a separação de crianças pequenas de suas mães, por um período prolongado, pode ser causa de delinqüência. Seus estudos com crianças e adolescentes delinqüentes concluem que metade da amostra observada sofreu separação da mãe e do ambiente familiar, durante os cinco primeiros anos de vida.

O autor deixa claro que em qualquer idade, uma perda gera sofrimento para a criança; entretanto, explica que em menores de cinco anos, essa “perda equivale a um blackout emocional e leva facilmente a um distúrbio grave do desenvolvimento da personalidade, distúrbio esse que poderá persistir por toda a vida” (WINNICOTT, 1987, p. 14).

Araujo (2003) afirma que ocorre uma situação autística, pois o sujeito apresenta uma organização patológica de defesa, usando esse recurso como

uma defesa para não viver a agonia impensável, o que, para Winnicott, deriva de ansiedades que ocorreram precocemente na vida do bebê e que o ambiente não pode acolher de forma adequada. Para o bebê essa sensação seria mais física do que psíquica.

Ao ler o que a abordagem Winnicottiana nos fala a respeito do autismo, percebemos que alguns comportamentos são encontrados no quadro do Transtorno de Apego Reativo, que será descrito mais adiante.

Os estudos de Boing e Crepaldi (2004) mostram que ao nascer, é a voz da mãe que auxilia o bebê no conhecimento do mundo; sendo assim, os recém-nascidos abandonados sofrem um corte de tudo que conhecem, não possuindo nem um elo entre eles e o meio externo. Por essa razão, as autoras acreditam que se os cuidadores das instituições utilizassem a maternagem como fator de proteção para o desenvolvimento de bebês abandonados, haveria uma diminuição dos efeitos que a institucionalização causa no seu desenvolvimento emocional, pela ausência da figura de apego.

Ao analisar a adaptação em novos lares (abrigos), Winnicott (1987) pondera que se deve prestar atenção àquelas crianças que parecem adaptar-se facilmente e não apresentam nenhum problema, pois isso pode representar uma aceitação artificial e revela apenas uma “ilusão ou artimanha... O mais comum é a criança levar um tempo, talvez até muito tempo, para se adaptar” (WINNICOTT, 1987, p. 43).

Segundo o mesmo autor, as crianças têm limitações em manter a idéia de amor quando a pessoa amada não está freqüentemente próxima e não existe a possibilidade de falar e ver essa pessoa. Ao observar crianças abrigadas, percebe que durante semanas a situação parece estar sob controle;

entretanto, após esse tempo, ela começa a sentir que sua mãe não é real ou começa a ter a sensação de que algo ruim vai acontecer a algum de seus familiares. Seus sonhos têm sempre conteúdo de lutas, o que representa conflitos intensos. E a criança experimenta a sensação de que não possui sentimentos fortes, e isso a deixa aterrorizada, então se apega a objetos que vieram de sua casa (WINNICOTT, 1987).

Guirado (1986) concorda com os outros autores quanto à idéia de que a presença e afeto da mãe são decisivos para a saúde mental das crianças. E explica que alguns casos de doenças e até morte dessas crianças, podem estar ligados à carência afetiva. Ainda pensando em carência afetiva diz que “alguém afetivamente carente é alguém a quem falta alguma coisa.” (GUIRADO, 1986, p 198).

Mannoni (1995) observa que crianças abrigadas apresentam em suas vivências afetivas a carência como marca importante e acrescenta que muitas vezes seus efeitos são irreversíveis. Explica “os efeitos psicológicos de uma toxicose do lactente, em que a aparição brutal da doença lança num estado de torpor próximo da reação catastrófica” (p. 95).

Para compreender melhor os aspectos afetivos envolvidos no abrigamento devemos entender porque ele ocorre e como a criança sente esse impacto.

2. Abrigamento

Revisando a história do abandono e abrigamento no Brasil, Marcilio (1998) relata que no período colonial até meados do século XIX a sociedade vivia uma época caritativa ou assistencialista, em que o sentimento de fraternidade vigorava e não havia pretensão de mudanças sociais. Os ricos buscando salvar suas almas e manter seu *status* amenizavam o sofrimento dos desvalidos.

Na fase caritativa, as políticas sociais voltadas para crianças abandonadas eram feitas de três formas básicas: uma informal e duas formais. As Câmaras Municipais eram responsáveis de prover essas crianças, entretanto podiam delegar a outras instituições a proteção. Assim, estabeleciam convênios com as Santas Casas de Misericórdia, que com a concordância do Rei criaram as Rodas e Casas dos Expostos.

A partir de 1800 foram criadas instituições para assistir as crianças e jovens carentes (OLIVEIRA, 2007).

Em 1828, a Lei dos Municípios afirma que em todo local onde houvesse Santa Casa, as Câmaras podiam repassar o cuidado dessas crianças para elas, porém sendo subsidiada pelas Assembléias das Províncias.

O terceiro sistema era o mais abrangente e com maior duração na história, no qual bebês eram deixados nas portas das casas e nas igrejas e quem os recolhia, os criavam: “são os chamados filhos de criação” (MARCILIO, 1998, p.135). Esse costume no Brasil sempre foi aceito e valorizado.

As crianças que eram acolhidas em casas de família tinham mais chance de sobrevivência e de oportunidades do que as de instituição, o que não significava que eram mais bem tratadas, pois era uma sociedade escravista e violenta.

Marcilio (1998) informa que no Brasil Colonial, poucas crianças foram assistidas por instituições; a maioria era aceita em casas de família ou morria. As primeiras instituições foram criadas no século XVIII e até a Independência limitou-se a três cidades, Salvador, Recife e Rio de Janeiro. Foram elas, as Rodas de Expostos e o recolhimento de meninas pobres.

A Roda acolhia bebês abandonados, as crianças eram mandadas às amas de leite mercenárias e aos 7 anos voltavam para a Casa dos Expostos, que procurava famílias para acolher essas crianças.

A existência das Rodas era justificada por ser um meio para impedir o infanticídio e o aborto, tão comum na época. Porém, Rizzini (1997) explica que as rodas eram perfeitas para esconder os filhos bastardos, o que na época foi uma das maiores críticas a Roda, pois incentivava uniões ilícitas, que geravam crianças ilegítimas.

Segundo o Marcilio (1998), só após a independência, outras províncias aderiram à Roda dos Expostos. Uma das primeiras foi a Santa Casa de São Paulo, que mesmo antes da criação da Roda já acolhia meninas desamparadas e dava a elas dotes para constituírem uma família. Essa Roda foi a última a ser extinta no Brasil, no ano de 1951, entretanto ainda continuou recebendo por mais tempo crianças desamparadas.

A pesquisa da autora encontra 15 Rodas em todo Brasil e que com certeza foram insuficientes para socorrer a infância abandonada até mesmo nas cidades que foram instaladas (MARCILIO, 1998).

Nos fins do século XIX e começo do XX adotou-se novo sistema para a Casa dos Expostos, a chamada admissão aberta, em que os pais se identificavam. Assim as Rodas perderam seu sentido e houve uma queda de expostos. Crianças podiam ser deixadas por tempo limitado, passando a ter um “caráter de creche” (MARCILIO, 1998, p. 163).

As Santas Casas de Misericórdia sempre tiveram a preocupação com o futuro dessas crianças e, por essa razão procuravam recolocá-los em casas de família e quando não, profissionalizam essas crianças para se manterem sozinhas no futuro.

No ano de 1829, foi implantada a primeira escola no Recolhimento da Bahia. As recolhidas recebiam ensino profissionalizante, que as preparava para serem mães de família, ou empregadas domésticas instruídas e bem treinadas. A Escola Normal deu a essas meninas mais uma oportunidade de trabalho; as normalistas trabalhavam remuneradas, dando aula na instituição que as criara.

Os meninos expostos quando voltavam das amas de leite, não tinham a mesma sorte e nem eram alvo de tanta preocupação como as meninas, assim raras foram as instituições que os acolhiam. As que existiam aceitavam um número bem limitado de crianças. Para a maioria dos meninos expostos nas Rodas “poucas eram as saídas que se apresentavam em sua vida, além da rua, do desamparo ou da morte” (MARCILIO, 1998, p. 179).

Uma das primeiras instituições com um projeto pedagógico e profissionalizante foi à Casa Pia em Salvador, que funcionou até meados do

século XVIII. Terminada a aprendizagem, os meninos eram encaminhados a mestres de ofícios, como aprendizes.

O governo da província resolveu criar os Juizes de Órfãos, pois o número de meninos na rua crescia muito. D. Maria I institui a profissionalização desses meninos, criando um setor de aprendizagem nos trens de guerra e nas instalações da Marinha. A disciplina desses locais era rígida e aqueles considerados indisciplinados recebiam castigos.

No final do século XIX, os juristas começaram a entrar no setor da infância dos desvalidos e delinqüentes. Nessa fase, a designação da infância modificou-se; o termo 'criança' era usado para filhos de famílias favorecidas e o termo 'menor' discriminava os desfavorecidos, delinqüentes, carentes e abandonados. "A infância abandonada... tornou-se para os juristas, caso de policia" (MARCILIO, 1998, p. 195).

A criança simbolizava a esperança e, reeducada, ela tornar-se-ia útil para a sociedade. Identifica-se a criança 'filha da pobreza', que na visão dos juristas da época era potencialmente perigosa. Assim cria-se um aparato médico-jurídico-assistencial, que tinha a função de prevenção, educação, recuperação e repressão, isto é, "identifica-se na criança a possibilidade de moldá-la para o bem (virtuosa) ou para o mal (viciosa)." (RIZZINI, p 30, 1997). Portanto, mostravam preocupação em atingir principalmente a criança moralmente abandonada ou sujeita a famílias viciosas. Proteger a criança estava, nessa concepção, muito mais ligada à defesa da sociedade, pois previa o futuro da nação e, para isso, a criança pobre deveria ser moldada para a submissão.

Oliveira (2007) mostra que no ano de 1920, a questão do menor passou a ser assumida como uma questão pública; entretanto havia uma visão jurídica sem preocupação com a educação. Em 1923 eram pensadas medidas para controlar, reformar e educar aqueles que estivessem em situação de pobreza ou abandono, evitando assim um mau futuro.

Em 1927, foi criado o primeiro Código de Menores no Brasil, com o objetivo de dar assistência e proteção aos menores de 18 anos. Para isso foi necessário avaliar o grau de abandono, periculosidade e vadiagem; as autoridades precisavam de informações a respeito do estado físico, mental e moral do menor e da situação social, moral e econômica dos pais ou responsáveis. Esses dados eram levantados por “médicos/ psiquiatras e ou comissários de vigilância” (OLIVEIRA, p. 55, 2007).

Em 1942 foi criado o SAM (Serviço de Assistência ao Menor), bastante criticado pela sociedade, pois era um sistema precário que utilizava práticas violentas. Para substituir o SAM, foi criada em 1964 a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e, a partir dela, os Estados constituíram a FEBEM (Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor).

O código de 1979 insere ao grupo de profissionais, os assistentes sociais e uma equipe interprofissional; entretanto a mentalidade ainda era de controle dessa situação, chamando agora a criança e o jovem de ‘menor em situação irregular’. “Fenômenos sociais eram vistos de maneira reducionista e a resposta era a institucionalização, ou seja, a ruptura da convivência familiar e comunitária” (OLIVEIRA, 2007, p.56).

Prada e cols. (2007) afirmam que as instituições estabelecidas antes de 1990 contribuíam para a despersonalização da criança, pois elas conviviam

com fatores de risco, principalmente a falta de relações de afeto, ambiente massificante, onde as crianças não se diferenciavam uma das outras.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi criado em 1990, dispõe de 85 artigos sobre os direitos da criança e do adolescente e prevê sua proteção integral, assegurando o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social (BRASIL, 2002).

Para esse trabalho, é interessante notar que em seu artigo 5, o ECA (BRASIL, 2002) assegura que nenhuma criança ou adolescente devem ser alvo de negligência, discriminação, ou violência. No artigo seguinte, observa que a criança e o adolescente são uma pessoa em desenvolvimento. O artigo 19 assegura o direito a serem criados e educados na família, ou por uma família substituta. Ainda existem outros parágrafos que informam sobre auxílio às famílias que não têm condição de criar seus filhos e a possibilidade dessas crianças poderem ser incluídas em novas famílias. Esses artigos nos levam a pensar se dessa forma os direitos estão realmente sendo respeitados pela sociedade ou mesmo pelo Estado. Além disso, deve-se refletir se nossa sociedade está caminhando para um melhor uso dessas leis e se o ECA trouxe efetivamente alguma melhora no tratamento dessas crianças e adolescentes.

Em agosto de 2009, a lei de adoção obteve algumas reformas que visam o bem estar de crianças e adolescentes.

O artigo 19 aponta no parágrafo 1º. que as crianças inseridas no programa de acolhimento familiar ou institucional, terão a situação reavaliada a cada seis meses, devendo assim aos profissionais envolvidos no processo verificar a possibilidade de reintegração familiar ou colocação em família substituta. No parágrafo 2º. informa sobre o tempo de permanência de crianças

e adolescentes em instituição e coloca como tempo máximo dois anos, salvo situações fundamentadas por autoridades judiciárias.

O artigo 28 traz que a criança e o adolescente devem ser sempre ouvidos por equipe interprofissionais e dependendo de sua compreensão das medidas adotadas, poderão opinar sobre elas. O parágrafo 4º. garante a familiares o direito à adoção, evitando assim a perda dos vínculos parentais.

Após o ECA, segundo Prada e cols. (2007), os abrigos foram tomando um novo formato, o número de crianças diminuiu enquanto o dos cuidadores aumentou. Há uma maior preocupação com o respeito à individualidade; entretanto, essa não é a realidade de todas as instituições.

A UNICEF (2009) percebe que há diferença entre a definição de órfãos, entre os países industrializados e os não industrializados; os primeiros definem como órfãos aqueles que perderam os dois pais, enquanto para os segundos, órfãos são aqueles que perderam um dos pais. No ano de 2005, os levantamentos mostram que havia 132 milhões de órfãos na África, América Latina, Ásia e Caribe. Desses, 13 milhões não possuem pai e mãe. Essa diferença de interpretação sobre a definição de orfandade pode gerar deslizes no foco de providências individuais de apoio às crianças e às famílias necessitadas. Após a crise da AIDS, a UNICEF percebeu que precisaria adaptar-se às duas realidades, pois houve a necessidade de avaliar as condições de vida dessas crianças que perderam os pais e modificar o conceito de orfandade. Assim, poderiam atender melhor às necessidades de cada caso.

Azôr e Vectoré (2008) observam que nessa primeira fase do século XXI, as práticas aplicadas à infância desvalida ainda se limitavam à

institucionalização e continuavam a reforçar a incapacidade da família em cuidar de seus filhos e da necessidade de afastamento destes.

Ao estudarem crianças e adolescentes em situação de rua, Paludo e Koller (2005) levantaram os seguintes dados: 12% da população entrevistada não justificaram o motivo para sua migração na rua e o motivo de tal negação parece estar no fato de terem dificuldade em falar sobre relacionamentos, principalmente os vínculos afetivos e o contexto familiar; 28% alegaram estar na rua por sustento familiar; 18% relataram violência familiar (sendo que esses atos foram cometidos por adultos, que deveriam ser os responsáveis pela segurança e proteção dessas crianças); apenas 6% alegaram a saída de casa por uso de droga. Os autores concluem que, a princípio, a situação de rua dá a essas crianças e adolescentes uma sensação de 'liberdade', e de dimensão lúdica, entretanto com o passar do tempo se transforma em vivências dolorosas da violência física, sexual e moral. Observam, ainda, que essas crianças e adolescentes apresentam sentimento de rejeição e de abandono, além de pobreza afetiva evidenciada pela falta de empatia e trocas de carinho. Os resultados mostram a "... deficiência de reciprocidade, afeto e equilíbrio de poder nas relações interpessoais refletem a miséria afetiva no cotidiano desses meninos e meninas" (PALUDO e KOLLER, 2005, p.72).

Scherer e Scherer (2000) revisando a literatura sobre maus tratos em crianças relatam que indivíduos que sofreram violência doméstica apresentam reações tardias. Essas pesquisas correlacionam os maus tratos à maior propensão a uma vida criminosa, uso de drogas, automutilação e comportamento suicida, psicoses e dissociações, problemas nos relacionamentos interpessoais e vocacionais. Ainda levantam o dado de que,

nas famílias envolvidas em maus tratos, os pais em geral têm auto-estima reduzida, vivem isolados e estressados pelo desemprego, vivências inadequadas; poucos recursos da comunidade e excessiva passividade. Os pais canalizam suas frustrações para a violência. Assim, as autoras afirmam a necessidade de mais estudos e pesquisas para compreender e identificar a violência doméstica e familiar, para melhor treinar os profissionais da área.

Dados levantados pela IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (SILVA, 2004) indicam que em 2004, cerca de 20 mil crianças e adolescentes estavam abrigados, na maioria, meninos (58,5%), afro-descendentes (63%) com idade entre 7 e 15 anos (61,3%).

Quanto ao tempo de permanência no abrigo, o Levantamento Nacional, mostra que quase metade das crianças e dos adolescentes pesquisados (52,6%) vivia nas instituições há mais de dois anos, sendo que dentre elas, mais de um terço (32,9%) estavam nos abrigos por um período entre dois e cinco anos; 13,3% entre 6 e 10 anos; e 6,4% por um período superior a dez anos (SILVA, 2004).

Destas crianças e adolescentes 86,7% têm família, entretanto, apenas 58,2% mantêm vínculos com familiares e 5,8% estão impedidos judicialmente de contato com os familiares. Apenas 4,6% são órfãos e em 6,7% a família está desaparecida. Apesar de possuírem família, estão institucionalizados e privados do convívio familiar.

O abrigamento ocorre, segundo a pesquisa, devido, em 24,1% dos casos, à falta de recursos financeiros familiares; 18,8% ao abandono; 11,6% à violência doméstica; 11,3% à dependência química dos pais ou responsáveis, incluindo alcoolismo; 7,0% à vivência de rua; 5,2% à orfandade (SILVA, 2004).

A orfandade, a mendicância, a invalidez, o analfabetismo, o pauperismo, o vício são problemas sociais que nosso Estado, fugindo de sua responsabilidade, não tem empregado os melhores meios para a busca das soluções, principalmente quando visualizamos a criança e o adolescente, presumíveis 'futuro da nação', relegados ao abandono total: emocional, físico e pedagógico-educacional.

Segundo Weber (1995), a institucionalização foi criada com intuito de proteger a criança, entretanto o que ocorre é simplesmente o afastamento da criança ou adolescente do convívio familiar e social. A autora acredita que após o abrigo há uma grande chance de essa criança ser abandonada na instituição. Em sua opinião isso se dá antes da justiça retirar dos pais a guarda, pois os abrigos não estimulam a oportunidade da continuidade da relação entre o abrigado e a família.

Azôr e Vectoré (2008) observam que, quando abrigadas, as crianças passam por um processo de 'mutilação' de sua identidade, pois a instituição afasta o indivíduo da sociedade. Logo quando é admitida no abrigo, deve guardar seus objetos pessoais, cortar o cabelo e colocar as roupas que a instituição oferece, deve ter conhecimento das regras do local e ainda se ajustar à rotina do abrigo que, em geral, é muito diferente da rotina de uma casa. Toda disciplina que o abrigo impõe só distancia um vínculo afetivo efetivo entre abrigados e profissionais. Os autores ainda afirmam que as regras da instituição, a ausência de liberdade e da família trazem a impossibilidade de se "preservar um eu desejoso e pensante" (AZÔR e VECTORÉ, 2008, p. 86).

Para Weber (1995), a sociedade civil não está preparada para assumir seu lugar como família substituta para aquelas crianças e adolescentes que

perderam a possibilidade de viver com suas famílias, e o principal motivo é o preconceito social que marca as famílias adotivas.

Segundo Siqueira e Dell'Aglio (2006), a institucionalização prolongada interfere na sociabilidade e na manutenção de vínculo na vida adulta. Por essa razão, os abrigos deveriam fortalecer os vínculos pessoais e familiares destas crianças, para assim prevenir comportamentos desajustados na vida adulta.

A orfandade se apresenta sob dois aspectos distintos, a orfandade material e a orfandade moral. A primeira reporta-se às exigências físicas das crianças que as instituições podem prover plenamente; a segunda considera suas necessidades psíquicas e morais onde o abrigo não consegue penetrar, por tratar-se de necessidades da alma humana.

Para Siqueira e Dell'Aglio (2006), a vivência em regime, que por força das circunstâncias, vigora nessas instituições, expresso nas vestimentas semelhantes para todos, sem respeitar o gosto e o prazer individual no vestir, toques de campainhas (por mais doces e suaves, que sejam), determinando a hora das refeições, do dormir e do acordar, conjunto de regras e regulamentos (necessários ao bom andamento da instituição), age sobre a moral da criança, lembrando a todo instante sua condição de órfãos.

Os autores ainda afirmam que a vida humana é muito mais complexa do que apenas um ambiente higiênico, organizado, sadio em termos alimentares. A vida humana possui nuances delicadas, que não podem ser esquecidas sem que resultem em sérios prejuízos emocionais.

O abrigo perpetua a orfandade, não soluciona; a criança abrigada levará em sua mente esse estigma, quase indelével, que cresce debaixo da

dolorosa impressão de dependência que produz indivíduos tímidos, tristonhos e desconfiados, salvo raras exceções (SIQUEIRA e DELL'AGLIO, 2006).

Orionte e Sousa (2005) buscaram compreender o abandono e usaram como base entrevistas e observações feitas em uma instituição, cujos significados emergiam em três categorias: invisibilidade, transgressão e vínculo afetivo. Na invisibilidade, a criança desaparece enquanto sujeito, pois, na sua condição de criança não pode ir contra a vontade dos adultos responsáveis por ela (pais, autoridades judiciais e outros), ou mesmo expressar seu desejo. Assim a “criança fica impedida de participar de sua própria vida e é tratada como um objeto” (ORIONTE e SOUSA, 2005, p. 40). A transgressão é percebida pelas autoras como uma forma da criança permanecer sujeito e mostrar algo contra aquilo que seria o próprio desejo. É um contraponto da invisibilidade. As autoras observam que crianças institucionalizadas acabam por perder a individualidade e quando se comportam de forma a transgredirem as regras, buscam autonomia. Usam de comportamentos inadequados para transmitir alguma mensagem que não pode ser comunicada de outra forma.

As crianças abrigadas demonstram que as vinculações afetivas anteriores, estabelecidas através de violências de toda ordem, apresentam uma solidez que não desaparece com os anos de instituição. Ficam retidas como um tesouro e não parecem desejar serem esquecidas. Porém, demonstram, apesar de tudo, demanda para construírem novos vínculos, mas apresentam, mesmo assim, uma desconfiança inicial, ligada ao receio de um novo abandono ou de não serem acolhidos. Essa é uma forma saudável de se protegerem.

Winnicott (1993) relata que a única coisa a ser feita após o abandono é dar à criança um ambiente suficientemente bom e ver como ela é capaz de aproveitá-lo. Ainda afirma que “a criança carente é perturbada e essa perturbação não tem uma natureza tal que a simples mudança ambiental possa transformar essa criança num ser sadio.” (p 196). Para o autor, a criança que consegue se beneficiar com esse bom ambiente tem sua melhora percebida quando começa a ficar menos doente e torna-se capaz de reagir com agressividade a esse estado de carência. Aponta que essas crianças têm ódio dirigido contra o mundo e que só serão capazes de se tornarem saudáveis, quando esse ódio for sentido. Ainda propõe que há muito a se estudar, pois apenas alguns fenômenos são conhecidos pois,

ódio é reprimido e que a capacidade de amar outras pessoas é perdida e que ainda pode ocorrer uma regressão a fases iniciais do desenvolvimento emocional que tiveram o caráter mais satisfatório ou desencadear um estado de introversão patológica (Winnicott 1993, p 197)

Para Winnicott (1993), o abandono é sempre uma experiência traumática e que a maior ou menor capacidade de recuperar-se irá depender da consciência que ainda conserva de seu ódio ou da capacidade primária de amar.

Parreira e Justo (2005) observam que os abrigos fazem com que crianças e adolescentes percebam o vínculo como algo temporário e instável.

Em sua pesquisa, Abreu (2000) identifica que crianças e adolescentes abrigadas apresentam maiores chances de desenvolver transtornos psiquiátricos do que as que vivem com suas famílias.

Weber (1995) constata que os prejuízos da institucionalização na formação da identidade dessas crianças e adolescentes são evidentes. Conclui

em sua amostra que esses sujeitos não encontram dificuldade em planejar e refletir sobre o futuro. Têm como característica o pessimismo em relação a seus relacionamentos afetivos.

Parece que eles construíram hipóteses acerca do mundo tendo por base o abandono que sofreram, abandono este não somente protagonizado por seus pais mas pelo Estado e pela sociedade como um todo. (WEBER, 1995, p.1)

Vargas (1998) entende que crianças com perdas de vínculo familiar se tornam prisioneiros sociais, não possuem mais liberdade e se tornam ‘filhos do governo’. Ainda observa que, crianças institucionalizadas acabam sendo um alento para a nossa sociedade, pois, abrigadas, não mais as vemos e assim, deixamos de ser responsáveis por elas.

Segundo Barros e Fiamenghi (2007), os efeitos que o abrigo traz para crianças não acontecem apenas pela separação da mãe e sim pelo despreparo e falta de qualidade da instituição onde a criança é deixada.

Analisando o discurso de crianças e jovens abrigados assim como de funcionários da instituição, Pereira e Costa (2004) afirmam que os sujeitos constroem uma imagem de família abandonada ligada à exclusão social e ao rompimento dos vínculos afetivos, isto é, uma família abandonada pelo Estado, sem acesso a recursos de educação, saúde e moradia. Percebem que no discurso dos jovens e crianças abrigadas, a figura materna ganha uma ênfase maior no que se refere aos vínculos. Em geral, os pais são figuras mais ausentes. Verificaram que os funcionários também se sentem abandonados em relação ao objeto de trabalho. Os autores acreditam que deveria haver uma maior preocupação quanto a uma intervenção preventiva nessas famílias evitando assim “ciclos repetitivos de institucionalização/abandono” (PEREIRA e COSTA, 2004, s/p).

Prada e cols (2007) comparam a diferença de abrigos e casa-lar. Nas duas formas de institucionalização percebem que existem regras rigorosas e disciplinadoras, entretanto nos abrigos é comum a punição física, enquanto nas casas a punição de limita à retirada das atividades prazerosas. A maior diferença observada é na preservação da individualidade. Nos abrigos, as crianças já não possuíam mais objetos trazidos de casa, nem armários ou roupas individuais. Na casa-lar, todas as crianças tinham objetos pessoais e armários com suas roupas e brinquedos próprios. Concluem que a individualidade deve ser preservada, para que as crianças e jovens possam se perceber enquanto seres únicos e importantes. Os autores alertam para o fato de que os abrigos ainda possuem a mesma estrutura e oferecem o mesmo serviço daquelas instituições estabelecidas antes do ECA.

Alexandre e Vieira (2004) estudaram a relação de apego em crianças abrigadas e concluíram que estas crianças se apegam a algum amigo da instituição e este passa a representar para elas a figura de apego. Perceberam que irmãos mais velhos demonstram preocupação com os mais novos. Durante o estudo, os autores observaram as brincadeiras das crianças no abrigo e perceberam que estas proporcionam “o exercício das relações de apego ao mesmo tempo em que brincam percebem... que não são únicas na situação de abrigo” (ALEXANDRE e VIEIRA, 2004, p.210). Verificaram que muitas vezes é na instituição que começa o processo de aprendizagem, descobrindo a si mesmas e ao outro. Convivendo com o grupo, ressignificam seus mundos, reciclam suas emoções e reinventam a realidade. Os autores observaram que as crianças demonstram desejo de voltarem ao seu lar e de serem adotadas, isto é, de terem uma família. Notaram também que a figura paterna é ausente.

A figura materna é idealizada, principalmente nos meninos e atribuem à mãe a função de tirá-las do abrigo, oferecendo-lhes cuidado e amor, o que nos faz pensar em uma maior expectativa sobre a figura materna. Quando essas crianças avaliam a situação da perda de pátrio poder, colocam a mãe como vítima da situação.

Segundo todos os autores estudados, muitas das crianças abrigadas apresentam transtornos de comportamento, e, assim, verificaremos um dos transtornos que as situações de institucionalização podem causar nas crianças.

3. Transtorno de Apego Reativo na Infância

A característica principal do Transtorno de Apego Reativo é uma “ligação social perturbada e inadequada, com início aos 5 anos de idade e associada ao recebimento de cuidados amplamente patológicos” (APA, 1995, F.94, p. 384)

Segundo o DSM IV (APA, 1995), pode apresentar-se de 2 formas:

1. Tipo inibido: fracassos em iniciar ou responder a interações sociais de forma adequada e esperada a seu nível de desenvolvimento. Apresenta um padrão de respostas excessivamente inibidas, hipervigilantes, ou altamente ambivalentes.
2. Tipo desinibido: apresenta sociabilidade indiscriminada ou falta de seletividade na escolha das figuras de vinculação. A perturbação não é explicada unicamente por um atraso no desenvolvimento e não satisfaz os critérios para um transtorno invasivo do desenvolvimento.

A condição está associada a cuidados amplamente patológicos. Necessidades físicas e emocionais da criança foram negligenciadas; a criança foi pouco estimulada e teve pouco afeto; provavelmente houve mudanças repentinas de quem cuida primariamente da criança, evitando formação de vínculos estáveis.

O início do transtorno geralmente se dá nos primeiros anos de vida, antes dos 5 anos de idade. O curso pode variar dependendo de fatores individuais tanto da criança quanto de seus responsáveis, da gravidade e da

duração da privação psicossocial associada, bem como da natureza da intervenção.

Segundo Smyke e cols (2002), uma das dificuldades em compreender os efeitos do cuidado institucional sobre o transtorno está ligada aos diagnósticos só ocorrerem após a adoção.

Para Heller e cols. (2006), o diagnóstico e tratamento do Transtorno de Apego Reativo na Infância deveriam ocorrer na primeira infância. Entretanto, percebe-se que a realidade é diferente, pois as crianças institucionalizadas ou com história de maus tratos demoram a serem diagnosticadas. Isso se dá pela escassez de meios de avaliação. Os autores também analisaram o desenvolvimento e tratamento das crianças diagnosticadas. Levantam que as dificuldades em aplicar os critérios estabelecidos pelo DSM-IV são a razão principal pela falta de investigação e pesquisa sobre o transtorno. Chegam a sugerir que estudos existentes concluem que esses critérios devam ser expandidos.

Heller e cols. (2006) explicam que o tipo mais encontrado nas instituições é o tipo desinibido, descrito como superficialmente sociáveis. Revelam que profissionais da saúde percebem comorbidades, como hiperatividade, problemas de atenção e dificuldades de relação. Afirmam que até a data de seu estudo não há casos do transtorno em crianças não institucionalizadas.

Nos estudos de Schwartz e Davis (2006) sobre o Transtorno de Apego Reativo na Infância, os autores concluem que crianças com traumas e rupturas relacionais precoces na primeira relação (mãe-bebê), podem vir a ser diagnosticadas com o transtorno, entretanto o diagnóstico estende-se para

além do âmbito da relação mãe-bebê e se amplia para outros contextos sociais anormais. Os autores escrevem que a característica predominante do transtorno é a presença de acentuada perturbação no desenvolvimento do relacionamento social, na maioria dos contextos, com início antes dos 5 anos e associa-se com patologia do cuidado. O que o diferencia dos demais transtornos é a história de maus tratos.

A investigação revela também que as crianças pesquisadas com o transtorno externalizam comportamentos agressivos. São crianças que têm como marca a dificuldade de desenvolver o afeto, em suas relações demonstram ter insegurança, mantêm uma relação pobre e apresentam problemas de adaptação na escola. Essas crianças ainda apresentam reduzida auto-estima, hiperatividade e baixa tolerância à frustração. Isso se dá porque não experimentaram a segurança do vínculo com a mãe, crescem num mundo muitas vezes caótico e negligente, o que reflete na capacidade de lidar com as emoções e comportamento, muitas vezes essa aparece fora de controle.

Schwartz e Davis (2006) concluem que as crianças com o transtorno estão mais voltadas para preocupações internas de segurança e confiança e a necessidade de sobrevivência, dada a sua história de maus tratos; com essa invasão de sentimento elas não conseguem tirar proveito da aprendizagem.

Boris e cols. (2004) apontam que grande parte da literatura científica sobre o transtorno consiste em relatos de caso e o tema freqüente desses relatos é a dificuldade de aplicar os critérios do DSM-IV.

Os estudos de Mukaddes e cols. (2000) tiveram como objetivo demonstrar as boas respostas dadas ao tratamento do transtorno e a importância disso para o diagnóstico diferencial de TID (Transtorno Invasivo do

Desenvolvimento). Para isso, em seus relatos, fazem uma busca no passado e mostram que as primeiras documentações foram fornecidas por Heródoto, que descreveu o caso de duas crianças que foram experimentalmente isoladas da sociedade por um rei egípcio no século VII. E mostram que no último século, há um número crescente de estudos de crianças expostas a níveis sociais mínimos e de pouca estimulação, por exemplo, crianças com depressão, privação materna, hospitalismo e com história de maus tratos. Concluem, revisando esses estudos, que os comportamentos encontrados nessas crianças não se dão devido à separação em si da figura materna, mas sim a qualidade a assistência prestada e à falta de estímulos, o que corrobora a pesquisa de Barros e Fiamenghi (2007), explicando que uma necessidade dos abrigos seria o melhor treinamento e envolvimento da equipe que cuida das crianças.

Os estudos de Smyke e cols (2002) enfatizam que a dificuldade dos cuidadores em investirem emocionalmente nas crianças está ligada à falta de recurso dos abrigos; como as instituições, em geral, não têm número suficiente de funcionários, eles trabalham em turnos e são responsáveis por uma grande quantidade de crianças.

Zeanah e Smyke (2008) acrescentam que um TID se desenvolveria mesmo em um ambiente acolhedor e que o Transtorno de Apego Reativo se dá em situações onde o ambiente é pouco acolhedor e favorável.

Mukaddes e cols. (2000) percebem que a dificuldade de comunicação social e atraso na linguagem podem causar problemas no diagnóstico diferencial, concluindo que a diferenciação é crucial no diagnóstico e tratamento do transtorno. Explicam ainda que como o estudo realizado sobre

Transtorno de Apego Reativo na Infância em população clínica é limitado e os profissionais muitas vezes são inexperientes em avaliação e tratamento. Aceitam que a diferença entre Transtorno de Apego Reativo na Infância e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento está no fato do primeiro ser reversível e responder rapidamente a uma intervenção precoce e ser uma consequência da patogenicidade do cuidado.

Smyke e cols (2002) observam que as estereotípias encontradas nas crianças institucionalizadas podem estar associadas à acentuada negligência. Acreditam que num ambiente com tão pouca estimulação as estereotípias podem servir como um tipo de auto-estimulação. Movimentos repetitivos também têm a função de uma tentativa tranquilizante, quando os adultos não estão disponíveis para proporcionar afeto. Ainda apontam que as estereotípias podem refletir uma frustração da criança, principalmente naquelas que não têm uma boa comunicação verbal. Tais comportamentos foram percebidos nos momentos onde existe alguma ameaça do meio externo, que gere ansiedade.

Os autores ainda levantam que a CID-10 traz cinco pontos que diferenciam os dois transtornos:

1. No Transtorno Reativo do Apego na Infância, a criança tem capacidade normal de socialização.
2. Essas crianças podem responder a cuidados e se recuperar.
3. Apesar de insuficientes, há desenvolvimento lingüístico, os sintomas do autismo não estão presentes.
4. Não existem graves déficits cognitivos presentes que são resistentes a mudanças ambientais, tais como o autismo.

5. Não existem áreas de interesse restritas ou comportamentos estereotipados ou repetitivos.

Zeanah e Smyke (2008) apontam que as pesquisas sobre os transtornos só ganharam força no ano de 1980; entretanto acrescentam que os estudos de Bowlby são anteriores a essa data. Outro ponto interessante que os autores levantam é que crianças institucionalizadas, quando colocadas em famílias, parecem ter reduzidos os sintomas emocionais do transtorno, pois começam a viver em ambientes onde recebem afeto e maiores cuidados.

4. Desenho da Figura Humana (DFH)

Wechsler e Schelini (2002) nos ajudam a reviver a história da técnica do desenho projetivo afirmando que o desenho é uma das formas mais antigas de comunicação. Na época das cavernas, os homens deixavam marcas registrando assim sua história e feitos para os seus descendentes. Relembrem que assim, como as crianças ainda hoje usam o desenho como forma de comunicação muito antes de aprenderem a escrita das palavras; concordam com Koppitz de que existe uma preferência da criança em desenhar a figura humana.

Sisto (2006) levanta como dado da história da técnica do desenho o desenvolvimento do Desenho da Figura Humana como instrumento de avaliação elaborado por Florence Goodenough, na metade do século passado.

Entretanto Wechsler e Schelini (2002) afirmam que no ano de 1906, Lamprecht já havia comparado desenhos de figura humana de crianças de diferentes países, em busca de características comuns de traços e conceitos. E apenas em 1926, com o trabalho de Goodenough, esse instrumento passa a ser amplamente utilizado. Acreditam que outros estudos como de Koppitz (1968) contribuíram para uma maior credibilidade e uso dessa técnica. Para as autoras, Koppitz traz uma contribuição bastante rica quando percebe que não apenas o desenvolvimento cognitivo, mas o desenvolvimento emocional também está presente e pode ser avaliado nesses desenhos.

O DFH é um instrumento comumente utilizado entre os profissionais de Psicologia de diferentes países, principalmente nos ibero-latinos, pelo baixo

custo do instrumento e pela falta de validação de outras técnicas (WECHSLER e SCHELINI, 2002; SISTO, 2006).

Freitas (2008) pontua que no Brasil esta técnica é bastante utilizada com crianças e que diferentes autores fizeram a revisão a respeito do tema.

Segundo Tharinger e Stark (1990), o desenho enquanto técnica projetiva vem sendo um instrumento bastante eficaz para adquirir maior compreensão de conflitos internos, medo, percepção do outro, interações sociais e ainda geram hipóteses para um direcionamento do tratamento. Autores também afirmam ser o sistema de Koppitz o mais apropriado para a avaliação do desenvolvimento emocional, por essa razão é o método utilizado para sua pesquisa com crianças com transtorno de Humor/Depressão. Observam ainda a importância de avaliar qualitativamente o desenho, tendo assim maior compreensão do estado emocional dos avaliados. Em sua pesquisa, os autores compararam a avaliação do desenho e seus resultados com outros testes quantitativos e comprovam que os desenhos confirmam os dados obtidos com os outros instrumentos.

Freitas (2008), em seu estudo comparativo de desenhos de crianças em suas escolas e crianças em situação de hospitalização solicitou que representassem uma Pessoa Doente. Em sua análise percebeu que as crianças do grupo hospitalar desenharam suas doenças e sintomas no contexto hospitalar, enquanto as crianças do grupo escolar usaram o grafismo para desenhar situações de doenças comuns da infância, a casa era o contexto.

Segundo Lim-Hui e Slaughter (2007), os desenhos das crianças, especialmente os da figura humana, têm sido o centro das atenções durante décadas, pois refletem uma série de variáveis psicológicas, incluindo

maturidade intelectual, personalidade, pensamento e emoção. Concluem, ainda que pelos desenhos, somos capazes de perceber o desenvolvimento infantil tanto na área cognitiva como nos processos de socialização.

Naglieri e Pfeiffer (1992) utilizaram o DFH para avaliar perturbações emocionais em crianças com comportamento rebelde, comparando com comportamentos socialmente aceitos. Para avaliar os desenhos, perceberam que deveriam analisar sinais associados a determinada interpretação (traçados de olhos e bocas, omissão de partes) e depois analisaram o desenho com uma visão mais global, comparando o número de vezes que um determinado sinal aparecia em desenhos no grupo de crianças rebeldes e os que apareciam em crianças não rebeldes.

Laak e cols (2005) fizeram um estudo para avaliar se o DFH era um teste capaz de indicar características de personalidade e adaptação ao meio. Para isso, avaliaram estudos realizados e perceberam que os desenhos têm uma ligação direta com a expressão simbólica da personalidade das crianças e que este é um dos dez principais instrumentos utilizados pelos profissionais da Psicologia. Ainda afirmam que a análise global enfatiza a avaliação específica das características do conteúdo e da qualidade emocional dos desenhos, assim como, a adaptação social e de como esse emocional atravessa as relações e concluem que é um instrumento adequado para avaliar perturbações já experimentadas na infância.

Os estudos de Brechet e cols. (2007) mostram a evolução dos desenhos da figura humana quanto à expressão de emoção e comprovam que o desenho infantil evolui com a idade da criança e que o simbolismo conota o emocional.

Percebem que, com a idade, a criança vai sendo capaz de expressar a emoção graficamente.

Para Van Kolck (1994), desenhos projetivos vêm sendo usados como meio de contato, investigação e tratamento. O desenho tem um valor terapêutico em si mesmo. Constitui-se em condição ótima para projeção da personalidade, possibilitando a manifestação mais direta de aspectos profundos e inconscientes; isso porque sendo um meio menos usual de comunicação do que a linguagem tem um conteúdo simbólico menos reconhecido. Além da projeção, mecanismos como identificação e introjeção podem eventualmente se manifestar, mas é certo que a expressão e a adaptação constituem dois importantes processos que têm lugar quando o desenho é produzido.

Dolto (1988) utilizava desenhos para compreender as representações imaginativas, a afetividade, o comportamento interior e o simbolismo de seus pacientes, mas deixa claro que o símbolo não é suficiente para analisar o mundo interno de seus pacientes; os símbolos devem estar inseridos num contexto.

III. OBJETIVOS

Investigar por meio de desenho da figura humana, sinais de Transtorno de Apego Reativo na Infância em crianças abrigadas.

IV. MÉTODO

Esta pesquisa utilizou o referencial qualitativo em seu método. Para Turato (2003), a pesquisa qualitativa significa estudar o significado que os participantes dão aos fenômenos, levando em conta a opinião dos participantes, o que para esta pesquisa representa dado que merecem ser analisados.

Nesse tipo de compreensão da situação vivenciada pelos participantes, o objetivo não é meramente a descrição de fatos, mas sim descobrir os sentidos individuais, para cada participante sobre a experiência vivenciada.

Segundo Sampieri (2006), a pesquisa qualitativa com freqüência está baseada em métodos de coleta de dados sem medição numérica e conclui que “a ênfase não está em medir as variáveis envolvidas no fenômeno, mas em entendê-lo” (p.5).

4.1. Participantes

Os participantes dessa pesquisa foram 25 crianças (15 do sexo masculino e 10 do feminino), com idades entre 4 a 12 anos, que vivem em um abrigo na região metropolitana de São Paulo.

A escolha dessa faixa etária deveu-se ao fato de que as crianças já alcançaram um nível de escolaridade mínima e poderiam produzir desenhos mais estruturados para a análise. A diferença no número de meninas e meninos se deve ao fato de que existem mais meninos abrigados, do que meninas.

A identidade dos participantes foi mantida sob sigilo, os participantes poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento. A pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes, sendo os resultados utilizados apenas, para fins de pesquisa científica.

Por se tratar de crianças abrigadas, muitas afastadas das famílias por questões de abuso e maus tratos, as informações pessoais não foram fornecidas pela instituição, como uma tentativa de preservar o sigilo. Assim, dados sobre as famílias, condições de saúde física e/ou psicológica das crianças, tempo de abrigamento, não foram disponibilizadas.

4.2. Local

O estudo foi realizado numa instituição de abrigamento para menores, situada na região metropolitana de São Paulo. Na instituição residem 120 crianças, de 0 a 17 anos, meninos e meninas, separados em residências, cuja característica principal é manter os agrupamentos familiares reunidos no mesmo local. Por isso, não é feita divisão por faixa etária nas casas.

4.3. Instrumentos e Procedimento

Após o contato com a instituição e apresentação da Carta de Intenções à Instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram agendadas visitas para a aplicação do instrumento.

Foi utilizado como instrumento o desenho projetivo com o tema da Figura Humana.

O desenho foi aplicado individualmente aos participantes, que puderam utilizar lápis de cor ou grafite. O tempo não foi previamente estipulado.

As instruções dadas foram: “Faça um desenho de uma pessoa”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos, da Universidade Presbiteriana Mackenzie, sob nº. CEP/UPM 1047/05/2008 e CAAE nº. 0024.0.272.000-08 (Anexo II).

4.4. Análise dos Dados

Os desenhos foram analisados segundo a interpretação proposta por Koppitz (1968). Os resultados foram comparados com os critérios do DSM-IV para Transtorno de Apego Reativo e discutidos de acordo com a literatura sobre o tema.

Koppitz (1968) propõe 30 indicadores emocionais, quando se utilizam Desenhos da Figura Humana, como exposto no quadro abaixo:

INDICADORES	CARACTERÍSTICAS
1. Sombreado	• Apesar de ser sinal de ansiedade, é normal em crianças pequenas.
2. Sombreado no Rosto	• Muito <i>incomum</i> em qualquer idade e um indicador emocional válido para crianças de 5 a 12 anos.
3. Sombreado do Corpo e/ou Membros	• Comum em meninas até 7 anos e meninos até 8 anos. • Somente após 8 anos é considerado indicador emocional.
4. Sombreado das Mãos e/ou Pescoço	• É indicador emocional somente após 7 anos (meninas) e 8 anos (meninos).
5. Assimetria Grosseira de Membros	• Associada com coordenação motora reduzida e com impulsividade.
6. Figura Inclinação em 15° ou mais	• Sugere uma instabilidade generalizada e falta de equilíbrio, ou falta de base segura.
7. Figura Minúscula	• Parece refletir insegurança, afastamento e depressão.
8. Figura Muito Grande (maior do que 22 cm)	• Comum em desenhos de crianças pequenas, não possui significado clínico até os 8 anos. • Após esta idade, figuras muito grandes tendem a associar-se com expansividade, imaturidade e reduzido controle interno.
9. Transparências	• Associadas com imaturidade, impulsividade e <i>acting-out</i> . • Transparências gerais indicam crianças imaturas e concretas. • Transparências específicas de áreas do corpo indicam ansiedade aguda, conflito ou medo, geralmente nas áreas sexuais, de nascimento de bebês ou mutilação do corpo
10. Cabeça Minúscula	• Extremamente raro, indicando sentimentos intensos de inadequação intelectual
11. Olhos Estrábicos	• Extremamente raros e desenhados por crianças hostis aos outros; interpreta-se como reflexo da rebelião ou raiva.
12. Dentes	• Sem a presença de outros indicadores emocionais, não são considerados. • Com outros indicadores, podem significar agressividade.
13. Braços Curtos	• Parecem indicar dificuldade de a criança abrir-se para o mundo e para os outros. • São crianças bem comportadas, tímidas, com falta de agressividade e liderança, mas não necessariamente com falta de desejo pelo sucesso ou

	aquisições pessoais
14. Braços Longos	<ul style="list-style-type: none"> • Agressividade aberta em relação ao ambiente
15. Braços Pendendo ao Lado do Corpo	<ul style="list-style-type: none"> • Raramente manifesto, parece indicar controle rígido da criança e dificuldade em ir à busca dos outros. • Tem significado clínico quando aparece juntamente com outros indicadores.
16. Mãos Grandes	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento agressivo e <i>acting-out</i> com as mãos.
17. Mãos Cortadas ou Desenho dos Braços sem Mãos	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças tímidas, sentimento de inadequação ou culpa sobre a incapacidade de agir corretamente ou de agir em geral.
18. Pernas Unidas	<ul style="list-style-type: none"> • Raramente desenhadas, indicam tensão e uma tentativa de controlar impulsos sexuais, ou medo de um ataque sexual pelos outros.
19. Genitais	<ul style="list-style-type: none"> • São sinais sérios de psicopatologia e envolvem uma ansiedade corporal aguda e reduzido controle de impulsos.
20. Monstros ou Figuras Grotescas	<ul style="list-style-type: none"> • Parecem estar associadas a sentimentos de intensa inadequação e um auto-conceito muito reduzido. • Crianças que desenhavam monstros não humanos ou artefatos, como robôs, parecem perceber-se como diferentes dos outros, como não sendo muito humanas. • Crianças que desenhavam palhaços ou vagabundos vêem a si mesmas como pessoas ridículas, que não são totalmente aceitas. • Crianças que desenhavam figuras de tempos pré-históricos, ou de grupos minoritários, que não os seus, sentem-se como estranhos, que não pertencem totalmente à sociedade onde vivem.
21. Três ou Mais Figuras Desenhadas Espontaneamente	<ul style="list-style-type: none"> • Associadas com baixo rendimento escolar, em crianças que vêm de famílias com desvantagem cultural, ou crianças que têm lesões cerebrais.
22. Nuvens, Chuva, Neve	<ul style="list-style-type: none"> • Nuvens parecem ser desenhadas por crianças que não ousam atacar outras e voltam sua agressão contra si mesmas. • Parece que a criança sente-se ameaçada pelo mundo adulto, especialmente pelos pais.
23. Omissão dos Olhos	<ul style="list-style-type: none"> • Fenômeno raro. • Revela isolamento social, tendendo a negar os problemas, recusando enfrentar o mundo e escapando para a fantasia.
24. Omissão do Nariz	<ul style="list-style-type: none"> • Timidez, afastamento e falta de agressividade. • Pode indicar reduzido interesse social, sentimento de imobilidade e desamparo, uma inabilidade de seguir em frente com autoconfiança.
25. Omissão da Boca	<ul style="list-style-type: none"> • Reflete sentimentos de ansiedade, afastamento, demonstrando resistência passiva. • Indica ou a inabilidade ou a recusa da criança comunicar-se com os outros.
26. Omissão do Corpo	<ul style="list-style-type: none"> • Até os 4 anos, pode ser comum. • Nas crianças em idade escolar, indica psicopatologia séria: retardo mental; mal funcionamento cortical; imaturidade grave devido a atraso do desenvolvimento, ou transtorno emocional com ansiedade corporal aguda e medo de castração
27. Omissão dos Braços	<ul style="list-style-type: none"> • Reflete ansiedade e culpa por comportamentos socialmente inadequados, envolvendo braços e mãos.
28. Omissão das Pernas	<ul style="list-style-type: none"> • Muito rara, pois é uma das primeiras partes do corpo que o pré-escolar desenha. • Parece representar ansiedade e insegurança intensas.
29. Omissão dos Pés	<ul style="list-style-type: none"> • Não é clinicamente significativa até 7 anos (meninas) e 9 anos (meninos). • Parece refletir um senso generalizado de insegurança e desamparo.
30. Omissão do Pescoço	<ul style="list-style-type: none"> • Até 9 anos (meninos) e 10 anos (meninas) é normal. • Parece estar relacionado à imaturidade, impulsividade e reduzido controle interno.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, serão apresentados os resultados individuais dos desenhos das crianças, em um quadro dividido por sexo e idade. Em seguida, serão discutidas as análises realizadas. Os nomes foram modificados para preservar o sigilo quanto à identidade das crianças

TABELA I: RESULTADOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

CRIANÇA	SEXO	IDADE	ANÁLISE DOS DESENHOS
F.	feminino	4 a.	Apesar do desejo de aquisição pessoal e sucesso se mostra falta de liderança, insegurança e timidez. Parece ter dificuldade em abrir-se para o mundo e para os outros. Possui um comportamento agressivo e <i>acting-out</i> com as mãos.
J.	feminino	4 a.	Bastante insegura e depressiva. Socialmente se coloca de forma a isolar-se, entretanto mostra tendência a negar problemas recusando-se a enfrentar o mundo fugindo para a fantasia. Mostra recusa ou mesmo inabilidade para comunicar-se. Demonstra pouco interesse social, sente-se desamparada e com pouca habilidade de seguir em frente confiando em si mesma. Parece sentir-se culpada frente ao seu comportamento social
L.	feminino	4 a.	Bastante ansiosa e com conflitos na área da sexualidade. Tímida e com falta de agressividade. Demonstra pouco interesse social. Sente-se desamparada e com pouca habilidade para agir de forma confiante
D.	feminino	5 a.	Criança tímida com sentimento de inadequação ou culpa por se sentir incapaz de agir corretamente ou mesmo de agir em geral. Possui falta de agressividade e um afastamento do ambiente, demonstrando timidez, ansiedade e resistência passiva. Pouco interesse pelo ambiente social e recusa-se a comunicar-se com os outros. Grave imaturidade devido a atraso do desenvolvimento ou transtorno emocional com a ansiedade corporal aguda ou medo de castração.
R.	feminino	5 a.	Pouca coordenação motora e pouco controle dos impulsos. Agressividade é voltada para o ambiente. Demonstra timidez e falta de agressividade. Seu interesse pelo social é reduzido, possuindo sentimento de imobilidade, desamparo, uma inabilidade de seguir em frente de forma confiante.
P.	feminino	6 a.	Instabilidade generalizada, falta de equilíbrio e de segurança. Sujeito é tímido, possui falta de agressividade e afastamento social, pois parece ter reduzido o interesse sobre o meio. Sente-se desamparada e sentimento de inabilidade agir de forma confiante.
L.	feminino	7 a.	Comportamento agressivo e <i>acting-out</i> com as mãos.
D.	feminino	9 a.	Instabilidade generalizada e falta de equilíbrio e falta de segurança generalizada, que se comprova com uma insegurança e ansiedade intensa. Sua agressividade é voltada a si, não a direcionando para o meio, sendo incapaz de atacar as pessoas. Parece sentir-se ameaçada pelo mundo, principalmente pelos adultos, especialmente pelos pais.

J.	feminino	12 a.	Bastante agressiva conduzindo essa energia para o meio e utilizando de <i>acting-out</i> com as mãos para atuar. Possui um auto conceito reduzido e um sentimento de forte inadequação
I.	feminino	14 a.	Sua agressividade é aberta em relação ao ambiente. Possui indicativos de tensão ou tentativa de controlar impulsos sexuais ou mesmo demonstra medo de um ataque sexual pelos outros.
R.	masculino	4 a.	Sente-se inadequado intelectualmente, sua coordenação motora é reduzida. Coloca-se no meio de forma agressiva o que gera culpa. Mostra pouco interesse pelo social se afastando e isolando desse. Recusa-se a comunicar-se com os outros. Tímido, ansioso e inseguro. Demonstra tensão e uma tentativa de controlar os impulsos sexuais ou medo de um ataque sexual pelos outros. Tenta negar seus problemas recusando a enfrentar o mundo e escapando para a fantasia
D.	masculino	5 a.	Apresenta dificuldade de abrir-se para o mundo e para os outros. Bem comportada e tímida. Possui falta de agressividade e nula capacidade de liderança, mas ainda preserva o desejo de sucesso e aquisições pessoais. Pouca capacidade ou habilidade para agir no mundo e comunicar-se o que gera culpa. Mostra ainda pouco interesse social, sentimento de imobilidade e desamparo. Sua insegurança gera um sentimento de inabilidade de seguir em frente de forma confiante. Apresenta ainda grave imaturidade devida atraso no desenvolvimento ou transtorno emocional com ansiedade corporal aguda ou medo de castração. Sua coordenação motora é reduzida com impulsividade
E.	masculino	5 a.	Apresenta atraso no desenvolvimento ou transtorno emocional com ansiedade corporal aguda ou medo da castração. Criança ansiosa e culpada por seu comportamento socialmente inadequado, envolvendo ações com mãos e braços. Demonstra inabilidade ou mesmo recusa em comunicar-se com os outros, reduzido interesse social. Usa de resistência passiva com falta de agressividade. Sente-se desamparado e inabilidade de seguir em frente de forma confiante.
G.	masculino	5 a.	Criança bastante ansiosa e insegura. Frente à sociedade se mostra culpada por seu agir inadequado. Recusa-se a comunicar-se com os outros apresentando afastamento e timidez. Demonstrando resistência passiva. Apresenta ainda grave imaturidade devido a atraso no desenvolvimento ou transtorno emocional com ansiedade corporal aguda ou medo da castração.
L.	masculino	5 a.	Insegurança, timidez e ansiedade intensa.
R.	masculino	5 a.	Sua agressividade está voltada para o ambiente
L.	masculino	6 a.	Dificuldade em abrir-se para o mundo e para os outros. É tímida e bem comportada, com falta de agressividade e liderança, mas ainda tem preservado o desejo de sucesso e aquisições pessoais. Reduzida coordenação motora e impulsividade. Reflete ainda insegurança e depressão
E.	masculino	7 a.	Apresenta-se inseguro e depressivo. Sua agressividade é voltada para o ambiente e <i>acting-out</i> com as mãos. Pouco interesse social e timidez. Possui sentimento de imobilidade e desamparo. Pouca confiança para agir, pois se sente inábil.
A.	masculino	8 a.	Sentimento de inadequação intelectual. Sua agressividade é voltada para o ambiente. Demonstra tensão e tentativa de controlar impulsos sexuais, ou mesmo medo de ataque sexual pelos outros.
F.	masculino	8 a.	Apresenta-se tímido e com pouco interesse no social. Afasta-se do meio. Insegurança e desamparo. Sente-se inábil para agir de forma confiante.

L.	masculino	8 a.	Demonstra dificuldade em abrir-se para o mundo e para os outros. Apesar de ter pouca capacidade de liderança e agressividade, preserva ainda o desejo de sucesso e aquisições pessoais. Possui dificuldade de ir de encontro aos outros, pois se apresenta tímido e rígido. Sente-se inadequada e culpada com sua atitude social. Mostra muita ansiedade corporal, mostrando conflito e medo principalmente nas áreas sexuais. Ainda demonstra psicopatologia nessa área e reduzido controle de impulsos.
P.	masculino	8 a.	Agressividade aberta em relação ao meio
A.	masculino	8 a.	Impulsividade e coordenação motora reduzida. Possui sentimento de inadequação intelectual. Sua agressividade é voltada ao ambiente. Sente-se inadequado no meio e possui um auto conceito reduzido. Percebe-se diferente em relação aos outros como se não fosse humano. Mostra-se tímido e com afastamento social, falta de agressividade. Seu interesse social é reduzido, sente-se desamparado e incapaz de atuar de forma confiante
V.	masculino	8 a.	Sua agressividade é aberta em relação ao ambiente. Sente-se inadequado ou culpa sobre a incapacidade de agir corretamente ou de agir em geral. Pouco interesse social, timidez e sentimento de desamparo. Coloca-se com alguém que não possui habilidades para seguir em frente de forma confiante.
J.	masculino	9 a.	Sentimento intenso de inadequação intelectual. Sua agressividade é aberta em relação ao ambiente, demonstrando assim comportamentos agressivos com <i>acting-out</i> com as mãos. Sente bastante inadequação e possui ainda baixo auto conceito. Percebe-se como alguém ridículo que não é aceito socialmente.

Ao analisarmos os desenhos segundo os critérios de avaliação de Koppitz (1968), pudemos observar características importantes e que nos dão indícios de que essas crianças devem se observadas, pois 48% das crianças analisadas têm como característica a timidez, afastamento e falta de agressividade, além de reduzido interesse social, sentimento de imobilidade e desamparo, uma inabilidade de seguir em frente com autoconfiança. Outro critério que se observou em 44% das crianças foi a agressividade aberta em relação ao ambiente e 40% das crianças apresentam sinais de sentimento de inadequação ou culpa sobre a incapacidade de agir corretamente ou de agir em geral.

Um aspecto interessante a se pensar, antes mesmo de abordar o transtorno, é de como as crianças analisadas mostram reduzido interesse social e de como se sentem inábeis para lidar com o mundo e agir nele.

Siqueira e Dell'Aglio (2006), estudando sobre a orfandade moral, analisam que o abrigo muitas vezes dá conta da orfandade física (alimentação, vestuário e moradia) entretanto, não consegue suprir o aspecto moral e afetivo.

Segundo Oriente e Sousa (2005), a orfandade coloca a criança numa posição de invisibilidade onde desaparece enquanto sujeito, perde seu direito a escolha e deve apenas aceitar o que o Estado ou a instituição a oferece. Isso nos faz pensar em como essa criança pode estabelecer um contato de real interesse com o mundo, se ela é apenas um objeto. Assim segundo os autores, quando a criança transgredir as regras é um sinal de saúde. Essa característica percebemos nos desenhos, quando as crianças mostram sua agressividade voltada para o meio. Usam de comportamentos inadequados para transmitir alguma mensagem que não pode ser comunicada de outra forma; em contrapartida sentem-se inapropriados e não pertencentes a esse grupo.

Azôr e Vectoré (2008) analisam outro fator que contribui para esse afastamento da sociedade que é o processo de 'mutilação' de identidade que essas crianças passam, pois todas as regras e o isolamento que a instituição impõe afastam o indivíduo da sociedade. As regras do abrigo distanciam as crianças e cuidadores, figuras que poderiam representar afeto e um novo vínculo.

Para Bowlby (1990), toda vez que um vínculo estabelecido é rompido, os indivíduos envolvidos tendem a sentirem-se ansiosos e tristes; outro

sentimento percebido e a raiva. Para ele, quando a criança assume de fato a perda, apresenta comportamentos de agressividade e pânico. Essas características foram percebidas nos desenhos da figura humana em boa parte de nossa amostra.

Weber (1995) afirma que sujeitos abrigados não encontram dificuldade em planejar e refletir sobre o futuro, mas têm como característica o pessimismo em relação a seus relacionamentos afetivos. Analisando os desenhos, percebemos que as crianças da amostra apresentam uma tendência a usar a fuga a fantasia, pois possuem pouca segurança e autoconceito rebaixado.

Comparando a análise dos desenhos com os indicadores do DSM-IV para Transtorno de Apego Reativo na Infância do tipo inibido, que tem como característica principal o fracasso em iniciar ou responder a interações sociais de forma adequada e esperada a seu nível de desenvolvimento, com um padrão de respostas excessivamente inibida, podemos pensar que as crianças da amostra evidenciam o transtorno e, se observadas e trabalhadas, podem não agravar os sintomas.

Outro critério descrito no transtorno é que a condição está associada a cuidados amplamente patológicos. As crianças pesquisadas foram retiradas dos pais por falta de cuidados, ou mesmo por terem sido agredidas, assim como é relatado no DSM-IV; portanto, a negligência fez parte do seu dia-dia.

Nos desenhos, segundo os critérios de Koppitz (1968) foi percebido que essas crianças possuem um sentimento de desamparo e grande insegurança. Outro sentimento que chama à atenção foi o de sentirem-se ameaçados pelo mundo, principalmente por adultos, especialmente pelos seus pais, demonstrando assim que, de alguma forma, essas figuras que deveriam

representar a segurança falharam. Erickson (1976) afirma que as crianças que não possuíram experiências positivas enquanto bebês em sua relação com os pais não conseguem adquirir confiança em si e nos outros tornando-se indivíduos inseguros.

Para Bowlby (1990), os transtornos psiconeuróticos e de personalidade são reflexos de uma falha na capacidade de estabelecer vínculos, ocorrida durante uma alteração no desenvolvimento infantil, o que explica o fato dessas crianças pesquisadas apresentarem uma desconfiança com o mundo que as cerca, com pouco interesse pelo meio social. Segundo o mesmo autor, é a ausência de oportunidade para estabelecer vínculos afetivos, ou rupturas de vínculos que foram estabelecidos, que adoecem emocional e socialmente essas crianças.

Uma característica marcante é que os cuidados primários foram realizados por figuras pouco constantes e que se revezavam, evitando assim a formação de vínculos estáveis. Essas características do transtorno também são percebidas e relatadas por de Schwartz e Davis (2006), que levantam ainda a hipótese de que a história de maus tratos diferencia o Transtorno Reativo dos demais transtornos.

As características encontradas nas crianças do abrigo selecionado confirmam o que os estudos realizados por outros pesquisadores já apontavam. Siqueira e Dell'Aglio (2006) afirmam que a criança abrigada levará em sua mente esse estigma, quase indelével, que cresce debaixo da dolorosa impressão de dependência que produz indivíduos tímidos, tristonhos e desconfiados. Os autores ainda revelam que crianças institucionalizadas

possuem dificuldades na sociabilidade e na manutenção de vínculos afetivos na vida adulta.

Segundo Schwartz e Davis (2006) a característica predominante do transtorno é a presença de acentuada perturbação no desenvolvimento do relacionamento social, na maioria dos contextos, com início antes dos 5 anos e associa-se com patologia do cuidado.

Winnicott (1987) aponta que a perda e o abandono quando ocorre em crianças menores de cinco anos, pode equivaler a um blackout emocional e levará facilmente a um distúrbio grave do desenvolvimento da personalidade, distúrbio esse que poderá persistir por toda a vida.

O estudo de Schwartz e Davis (2006) revela também que as crianças pesquisadas com o transtorno externalizam comportamentos agressivos. São crianças que têm como marca a dificuldade de desenvolver o afeto, demonstram insegurança em suas relações, que são empobrecidas. A agressividade foi percebida como característica predominante nas crianças analisadas, assim como a insegurança e a dificuldade de manter relações. Concluem que as crianças com o transtorno estão mais voltadas para preocupações internas de segurança e confiança e a necessidade de sobrevivência, dada a sua história de maus tratos. Com essa invasão de sentimentos elas não conseguem tirar proveito da aprendizagem, o que foi comprovado pela análise dos desenhos, nos quais as crianças apresentam grave imaturidade devido a atraso no desenvolvimento, ou transtorno emocional com ansiedade corporal aguda ou medo de castração.

Heller e cols. (2006) explicam que o tipo mais encontrado nas instituições é o tipo desinibido, descrito como superficialmente sociáveis. No

entanto, essa característica não foi encontrada na maioria das crianças analisadas nesse estudo.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensando sobre as teorias de Winnicott (1993) e Erikson (1976), podemos estabelecer um paralelo sobre a insegurança apresentada pelas crianças da pesquisa. Como são crianças que foram negligenciadas, ou mesmo abandonadas por suas mães, entendemos que não adquiriram a segurança e o vínculo adequado com a figura materna, como se já na época de bebê percebessem que o mundo não é confiável, o que as movimentam a se defender do mundo ou mesmo não se colocar nele de forma adequada, tornando-se inibidas e tímidas, direcionando a agressividade para o meio, ou contra si mesma.

Segundo Winnicott (1993), essa tentativa de colocar o ódio e poder senti-lo já é um sinal de melhora, o que nos faz pensar em como essas crianças irão sozinhas, sem auxílio de uma terapia, canalizar a agressividade de forma adequada e elaborar a perda, ou a dor do abandono para que futuramente possam receber novos afetos e aceitar novos vínculos. Pode-se concordar com Winnicott, quando diz que essas crianças devem ser levadas para ambientes mais satisfatórios, onde possam estabelecer novos vínculos, mas será possível que os abrigos sejam capazes de exercer essa função de forma adequada?

Com a revisão da literatura sobre o abrigamento no Brasil, percebemos que apesar de muitas tentativas de estabelecer uma vida mais digna a essas crianças, a grande maioria foi e é frustrada, pois no dia-a-dia das instituições continua valendo a despersonalização e o castigo. As crianças continuam tendo sua personalidade mutilada e seus desejos reprimidos. Em

conseqüência, pode-se afirmar com Azôr e Vectoré (2008), de que, no futuro, essas crianças não serão capazes de serem pessoas pensantes e desejantes.

É preciso concordar com Vargas (1998), ao perceber que as crianças com perdas de vínculo familiar se tornam prisioneiros sociais, não possuem mais liberdade e se tornam 'filhos do governo'. Desta forma, a sociedade não se responsabiliza por elas; sua parte se limita a 'esconder' as crianças nos abrigos, esquecendo-se de que ao completarem 18 anos, serão devolvidas ao convívio social que as rejeitou. Na busca por um espaço, que ainda não possuem, na maioria das vezes, usam da mesma violência e agressividade com que se sentiram tratadas na infância e mutilam a expectativa da sociedade frente a elas, da mesma forma como foram seus desejos por ela mutilados.

Assim, é importante concordar com Siqueira e Dell'Aglio (2006), quando propõem que a instituição deveria promover e fortalecer os vínculos pessoais e familiares dessas crianças. Deve-se tentar ao máximo, como exposto no ECA (Brasil, 2002), restabelecer, ou mesmo, estabelecer uma relação mais saudável entre as crianças e suas famílias, assim como, enquanto abrigada, a criança deveria ter figuras de referência que pudessem estabelecer e construir vínculos. Tal situação garantiria, futuramente, relações mais saudáveis e indivíduos mais seguros.

Durante a revisão sobre o Transtorno de Apego Reativo, alguns artigos relatavam que uma das dificuldades encontradas para diagnosticá-lo são os critérios do DSM IV, pois esses parecem ainda pouco detalhados. Parece que esse também foi um dos fatores que impossibilitaram afirmar que algumas das crianças avaliadas enquadram-se no diagnóstico de Transtorno de Apego

Reativo. Traços diagnósticos mais precisos seriam importantes para um melhor encaminhamento.

Outras pesquisas sobre o tema, considerando abrigos em diferentes partes do país, além de comparar seus desenhos com o de crianças não abrigadas, poderiam confirmar a existência de Transtorno de Apego Reativo nesta população.

Por outro lado, uma linha de pesquisa importante seria comparar os resultados do DFH na população abrigada com outros testes projetivos, para confirmar a validade do DFH no estudo de dificuldades emocionais da criança.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. R. Crianças e adolescentes em situações de risco no Brasil.

Revista Brasileira de Psiquiatria [online], vol.24, n.1, pp. 5-6, 2002

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. 207-217, 2004

AMARAL, A.E.V.; CASADO, L.P. A cientificidade das técnicas projetivas em debate. **Psico-USF**, v. 11, n. 2, p.185-193, 2004.

ARAUJO, C.A.S. O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott.

Natureza Humana, v.5, n.1, p.39-58, 2003

APA (Associação Americana de Psiquiatria). **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais – DSM- IV**. Porto Alegre: ArtMed. 1995

AZÔR, A.M.G.C.C.V.; VECTORÉ C. Abrigar e desabrigar: conhecendo o papel das famílias nesse processo. **Estudos de Psicologia**. Campinas- SP, v.25, n.1, p.77-89, 2008.

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

BERALDO, F.N.M.; CAPITÃO C.G.; OLIVEIRA , K.L. Indicadores sexuais no desenho da figura humana e abuso sexual. **Avaliação Psicológica**, v.5, n. 1, p. 67-76, 2006.

BOING, E; CREPALDI, M.A Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas-SP,v.21, n 3, p 211-226, 2004.

BORIS, N.W.; FUSELIER, S.S.H.; SMYKE, A.T; SCHEERINGA, M.S.; HELLER, S.S; ZEANA.H.C.H. Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high risk samples. **Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v 43, n 5, p. 568-578, 2004.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo. Martins Fontes. 1990

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. 12^a. Ed. São Paulo: Saraiva. 2002.

BRECHET, C.; PICARD, D.; BALDY, R. Expression des émotions dans le dessin d'un homme chez l'enfant de 5 à 11 ans. **Revue Canadienne de Psychologie Expérimentale**, v.61, n.2, p.142- 153, 2007

BUCK, J.N. **The House–Tree–Person technique: Manual**. 2nd Ed. Los Angeles: Western Psychological Services. 1970.

CAVALCANTE, L.I.C.; MAGALHÃES, C.M.C.; PONTES, F.A.R. Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento **Aletheia**, n.25, p.20-34, 2007.

DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. 4^a. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1988.

ERIKSON, E.H. **Infância e sociedade**. 2^a. Ed. Rio de Janeiro: Zahar. 1976.

FREITAS, P.G. **O desenho da Figura Humana e o desenho da Pessoa Doente na avaliação psicológica de crianças hospitalizadas**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP. 2008.

GUIRADO, M. **Instituição e relações afetivas: O vínculo com o abandono**. 2^a edição. São Paulo: Summus Editorial. 1986

GOMIDE, P.I.C.; GUIMARÃES, A.M.A.; MEYER, P. Análise de um caso de extinção do poder familiar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.23, n.4, p.42-47, 2003.

HELLER, S.S.; BORIS, N.W.; FUSELIER, S.H.; PAGE, T.; KARIE, N.K.; MIRON, D. Reactive Attachment Disorder in maltreated twins follow-up: From

18 months to 8 years. **Attachment and Human Development**, v8, n1, p 63-86, 2006.

KOLCK. O.L. van. **Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico**. Vol 5. São Paulo: EPU. 1994.

KOPPITZ, E. M. **Psychological evaluation of children's human figure drawings**. New York: Grune & Stratton. 1968.

LAACK, J.T.E.R.; GOEDE, M. D.E.; ALEVA, A.; RIJSWIJK, P. The draw-a-person test: An indicator of children's cognitive and socioemotional adaptation? **The Journal of Genetic Psychology**, v. 166, n.1, p. 77-93, 2005.

LIM-HUI, K.; SLAUGHTER, V. Brief Report: Human figure drawings by children with Asperger's syndrome. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 38, n.5, p.988-994, 2008.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda. 1986.

MACHOVER, K. **Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation**. New York: Charles C Thomas. 1980.

MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes. 1995.

MARCILIO, M. L. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec. 1998.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. Brincando de casinha: Significado de família para crianças institucionalizadas. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.1, p.177-187, 2004.

MOTTA, L.; RIVEIRA, T. Encarnação da subjetividade/subjetivação da carne: Notas sobre a alteridade e o corpo. **Interações**, v.IX , n.17 , p. 55., 2004.

MUKADDES, N.H; BILGE, S.; ALYANAK, B.; KORA, M.E. Clinical Characteristics and treatment responses in cases diagnosed as reactive attachment disorder. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 30, n 4, p 273-287, 2000.

NAGLIERI, J.A.; PFEIFFER, S.I. Performance of disruptive behavior disorders and normal samples on the Draw-A-Person: Screening procedure for emotional disturbance. **Psychological Assessment**, v.4, n.2, p.156-159, 1992.

PACHÁ, A.M.; VIEIRA JR, E.G.; OLIVEIRA NETO, F. **Novas Regras para a adoção: Guia comentado**. Disponível online: www.amb.com.br/docs/noticias/2009/adocao_comentado.pdf. Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB). 2009.

OLIVEIRA, R. C.S. **Quero voltar para casa**. São Paulo: AASPTJ- SP. 2007.

ORIONTE, I.; SOUSA, S.M.G. O significado do abandono para crianças institucionalizadas. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 17, p. 29-46, 2005.

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.

PALUDO, S. S.; KOLLER S.H. Quem são as crianças que estão nas ruas: Vítimas ou vitimizadoras? **Interação em Psicologia**, v.9(1), p.65-76, 2005.

PEREIRA, J.F; COSTA, L.F. **O ciclo recursivo do abandono**. Disponível online, http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0207. 2004

PRADA, C.G; WILLIANS, L.C.A; WEBER, L.N.D. Abrigos 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.

RIZZINI, I. **O século perdido: Raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula. 1997.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de pesquisa**. 3ª edição, São Paulo: Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2006.

SCHERER, E.A; SCHERER Z.A.P. A criança maltratada: Uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem – Riberão Preto**, v.8, n.4 , p.22-29, 2000.

SCHWARTZ, E.; DAVIS, A.S. Reactive Attachment Disorder: implications for school readiness and school functioning. **Psychology in the Schools**, v.43, n.4, p.471 – 479, 2006

SILVA, M. R. **Transtorno de Apego na Infância: Estudo de problemas no desenvolvimento da criança quando exposta a abusos, privações, rompimentos dos vínculos afetivos e institucionalização, antes dos cinco anos de idade**. Dissertação de Mestrado (Distúrbios do Desenvolvimento), São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie. 2003.

SILVA, E.R. **O direito à convivência familiar e comunitária: Os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA/ CONANDA. 2004.

SIQUEIRA, A.C;. DELL'AGLIO, D.D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: Uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**, v.18, n.1, p. 71-80, 2006.

SISTO, F.F; RUEDA, F.J.M. Estudando sobre as categorias de interpretação das Matrizes Coloridas e Raven e DFH – Escala SISTO. **Aletheia**, n 23 , p 17-26, 2006.

SMYKE, A.T.; DUMITRESCU, A.; ZEANAH, C.H. Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. **American Academy of Children and Adolescent Psychiatry**, v.4, n. 8, p. 972- 982, 2002.

THARINGER, D.I; STARK, K. A qualitative versus quantitative approach to evaluating the Draw-A-Person and Kinetic Family Drawing: A study of mood- and anxiety-disorder children. **Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.2, n.4, p.365-375, 1990.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Rio de Janeiro: Ed. Vozes. 2003.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Orphans.** Disponível online: http://www.unicef.org/media/media_45279.html?q=printme#

VARGAS, M.M. **Adoção tardia: da família sonhada à família possível.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 1998.

WEBER, L.N.D. **Da institucionalização à adoção: Um caminho possível?.** **Revista Igualdade**, n 9, p. 1-8 1995. Disponível online, <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/doutrina/id117.htm>

WECHSLER, S.M; SCHELINI, P.W. Validade do desenho da Figura Humana para avaliação. **Avaliação Psicológica**, v.1 p.29-38, 2002

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

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

ZEANAH, C.H.; SMYKE, A. T. Attachment disorders in family and social context. **Infant Mental Health Journal**, vol. 29(3), p. 219- 233, 2008

ANEXO I

CARTA DE INTENÇÕES À INSTITUIÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo investigar a presença de transtorno reativo na infância, uma situação que decorre de maus tratos, abuso ou abandono nos primeiros anos de vida da criança, como parte da Dissertação de Mestrado de Renata Hottum Melani, sob orientação do Prof. Dr. Geraldo A. Fiamenghi Jr. Para isso, serão solicitados às crianças que realizem desenhos da figura humana.

A identidade dos participantes será mantida sob sigilo, assim como a identificação da instituição, os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e sua participação na pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento. Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes.

Se houver permissão para a realização da pesquisa, por favor, assine o termo abaixo.

Renata Hottum Melani

Prof. Dr. Geraldo A. Fiamenghi Jr
U. Presbiteriana Mackenzie
Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
Tel: (11) 2114 8247
e-mail: geraldo.fiamenghi@mackenzie.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o (a) senhor (a) _____, RG: _____,

responsável pela instituição, após leitura de **Carta de Informação ao Participante da Pesquisa**, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu **Consentimento Livre e Esclarecido** de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu consentimento livre e esclarecido e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura

ANEXO II

Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
DECANATO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENADORIA DE PESQUISA - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



São Paulo, 05 de junho de 2008.

Ao Senhor

Prof. Dr. Geraldo Antônio Fiamenghi Jr.

Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

Após análise do projeto de pesquisa "**Avaliação de aspectos motores, educacionais e sócio-afetivos de crianças abrigadas**" processo CEP/UPM nº 1047/05/2008 e CAAE Nº 0024.0.272.000-08, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie **aprovou** os procedimentos éticos do referido projeto, com a seguinte observação:

- *na Carta de Informação alterar a frase "a pesquisa não oferece riscos aos participantes..." por "a pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes..."*.

Solicitamos, por gentileza, que após a conclusão do citado projeto seja encaminhada uma cópia digital, do Relatório Final, para finalizarmos o seu processo neste Comitê.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Elizeu Coutinho de Macedo
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa