

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

THAINÁ DA ROCHA SILVA

**SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS EM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

São Leopoldo

2015

THAINÁ DA ROCHA SILVA

SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS EM CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO
INSTITUCIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicologia da Criança e do Adolescente, pelo Curso de Especialização em Psicologia da Criança e do Adolescente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientador: Prof Dr^a Tagma Marina Schneider
Donelli

São Leopoldo
2015

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.”

Aldo Novak

RESUMO

A institucionalização é vista como recurso de proteção diante de situações em que ocorrem ameaças ou violação dos direitos da infância e da adolescência, sendo necessária quando a família não consegue cumprir com seu papel de cuidado. Diante da necessidade de acolhimento, é comum observarem-se reações nas crianças institucionalizadas, tais como somatizações, problemas de sono e de alimentação. Estas podem ser citadas como sintomas psicofuncionais, que são as manifestações somáticas e do comportamento da criança, sem causa orgânica que por vezes indicam dificuldades na interação, uma vez que a criança ainda não dispõe de outros recursos e formas de comunicação para sinalizar suas dificuldades. Abordando esta temática, o objetivo deste estudo foi compreender os sintomas psicofuncionais em crianças em situação de acolhimento institucional. Foi utilizada a abordagem qualitativa-exploratória, por meio da realização de Estudo de Casos múltiplos. Participaram da pesquisa quatro crianças, de 4 a 25 meses de idade, que se encontravam em situação de acolhimento em uma instituição de proteção localizada no Vale do Paranhana, assim como dois cuidadores das crianças. Foi realizada uma observação livre naturalística das crianças em sua interação com o ambiente em que se encontram, além da aplicação do questionário “Symptom Check-list” e de uma entrevista semiestruturada também com os cuidadores. Para integração e análise dos dados, se utilizou o procedimento da síntese dos Casos Cruzados (YIN, 2005), com o objetivo de confrontar os resultados da análise de cada um dos casos. Percebeu-se que as quatro crianças apresentaram sintomas psicofuncionais, em mais de uma área, sendo elas no sono, alimentação, respiração e pele, se destacando, entre essas, a área do sono. Com este estudo foi possível apresentar uma maior compreensão da realidade atual das instituições de abrigo, assim como identificar as manifestações psicossomáticas que surgem dentro deste contexto, também permitindo uma reflexão acerca da possibilidade de construção de vínculos saudáveis durante o período de acolhimento.

Palavras-chave: Acolhimento Institucional. Sintomas Psicofuncionais. Vínculo Afetivo.

LISTA DE SIGLAS

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados dos Participantes (crianças).....	19
Tabela 2 – Dados dos Participantes (cuidadoras).....	19

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	10
1.2 ABANDONO NOS PRIMEIROS ANOS E SINTOMAS PRECOSES	12
1.3 SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS E RELAÇÃO CUIDADOR – CRIANÇA	14
2 METODOLOGIA.....	18
2.1 DELINEAMENTO	18
2.2 PARTICIPANTES	18
2.3 INSTRUMENTOS.....	19
2.3.1 Observação livre naturalística	19
2.3.2 Questionário “Symptom Check-list”.....	20
2.3.3 Entrevista semiestruturada com Cuidador.....	20
2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	21
2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	21
2.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	23
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
3. 1 CASO A: ANDERSON E PAULO	24
3.1.1 Vivência do acolhimento.....	24
3.1.2 Relação Criança – cuidador.....	25
3.1.3 Sintomas das Crianças.....	25
3. 2 CASO B: DANILO E ANTÔNIO	26
3.2.1 Vivência do acolhimento.....	27
3.2.2 Relacionamento Criança - cuidador	27
3.2.3 Sintomas das Crianças.....	28
4 SÍNTESE DOS CASOS CRUZADOS	29

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	38
APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA	39
APÊNDICE C	40
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO_Versão cuidadores	40
APÊNDICE D	41
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOVersão Responsável.....	41
ANEXO A – INVENTÁRIO DE SINTOMAS “SYMPTOM CHECK-LIST”	42
ANEXO B - APROVAÇÃO DO CONSELHO E ÉTICA EM PESQUISA/UNISINOS..	62

INTRODUÇÃO

Segundo Siqueira e Dell’Aglío (2006), a problemática da institucionalização na infância e na adolescência, por estar presente na realidade de muitas famílias brasileiras, representa uma dimensão relevante de estudo na atualidade. Dados levantados por Silva (2004) mostraram que a maioria das crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional tem família. Porém, foi também constatado que o tempo de duração da institucionalização pode variar até um período de mais de 10 anos. Os efeitos de um período de institucionalização prolongado têm sido apontados na literatura, por interferirem na sociabilidade, no comportamento e na dificuldade de manutenção de vínculos afetivos na vida adulta (SIQUEIRA; DELL’AGLIO, 2006). Para Carvalho (2002), o ambiente institucional não se constitui no melhor ambiente de desenvolvimento, pois o atendimento padronizado, o alto índice de criança por cuidador, a falta de atividades planejadas e a fragilidade das redes de apoio social e afetivo são alguns dos aspectos relacionados aos prejuízos que a vivência institucional pode operar no indivíduo.

O acolhimento é visto como recurso de proteção diante de situações que ocorrem ameaças ou violação dos direitos da infância e adolescência e, portanto, diante da necessidade de acolhimento, a criança tem sua vida modificada bruscamente. Mudanças e transformações surgem neste momento, mas principalmente em relação à da criança, que sofre impactos significativos. Ao mesmo tempo em que o acolhimento institucional desenvolve ações de proteção e cuidado, realiza também o afastamento ou até mesmo o rompimento dos vínculos com seus familiares (SIQUEIRA *et al*, 2009).

Bowlby (1990), na Teoria do Apego, relata que as primeiras relações entre mãe e filho são essenciais para um desenvolvimento sadio da criança. Um dos interesses deste estudo é justamente investigar os efeitos de uma situação onde tais relações são precocemente rompidas, passando a criança a viver em uma instituição.

No caso da institucionalização da criança, a somatória de perdas e mudanças gera grande angústia, fazendo com que certos comportamentos e sintomas sejam ativados. Respostas somáticas psicofuncionais surgem no sono, na alimentação, em problemas de digestão e respiração, alergias de pele, formas de comportar-se, medos, ansiedade de separação e necessidade de assistência médica como resposta às principais mudanças na vida da criança. Por vezes esses sintomas sugerem dificuldades na interação, uma vez que a criança ainda não dispõe de outros recursos e formas de comunicação para sinalizar suas dificuldades (SCALCO; DONELLI, 2014).

Assim, considerando-se a importância dos vínculos estabelecidos no início da vida para o desenvolvimento emocional saudável, este trabalho tem como objetivo compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em crianças em situação de acolhimento institucional. Através dele, será possível conhecer o ambiente cuidador da criança abrigada nos primeiros anos de vida, assim como investigar a relação da criança e dos cuidadores do abrigo e verificar as principais mudanças no comportamento da criança quando separada de sua família nos primeiros anos de vida.

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO

A violência tem se constituído como um dos mais graves problemas de saúde pública, tanto no Brasil como em outros países. Segundo Giacomello e Melo (2011), ela pode ser classificada como sexual, psicológica e física, fazendo também parte a negligência. A respeito da violência contra crianças e adolescentes, especificamente, é descrita como o ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima (GIACOMELLO; MELO, 2011).

Esse tipo de violência ocorre, na maioria das vezes, no espaço familiar das vítimas. No entanto, ninguém nasce agressor, sendo o comportamento do ser humano construído dentro de um contexto socioeconômico, político e cultural. Muitas vezes, o próprio agressor foi vítima de maus tratos durante a infância, com privação ou rejeição afetiva, e na vida adulta expressa suas necessidades emocionais de forma inadequada, podendo vir a criança a também tornar-se um adulto agressivo e pouco cuidadoso com o outro (GIACOMELLO; MELO, 2011).

Na maioria das vezes, crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados são encaminhados para abrigos, até que o Juizado da Infância e da Juventude decida o caminho mais adequado para os mesmos. Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA,1990), o Brasil busca garantir os direitos das crianças e adolescentes. Quando a família não consegue prover os seus membros de cuidados, cabe, então, ao Estado, protegê-los (GIACOMELLO; MELLO, 2011).

A implantação do ECA, portanto, contribuiu para mudanças efetivas no que tange às instituições de assistência e à sua configuração como um todo (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006). Estes autores, ao referirem o ECA, lembram que “toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família, e excepcionalmente, em família substituta, assegurada à convivência familiar e comunitária” (artigo 19, 1990). Nesse sentido, segundo Giacomello e Mello (2011), é que a instituição abrigo surge, com a função de zelar e proteger a criança e o adolescente por tempo determinado ou indeterminado, reivindicando mediante iniciativas judiciais a volta para suas famílias ou designando-as para o processo de adoção.

A institucionalização da criança em um abrigo é de causa multifatorial, sendo os principais motivos a violência doméstica, o uso de entorpecentes e álcool por pais ou

responsáveis, crianças moradoras de rua, crianças órfãs, prisão dos pais ou responsáveis e abuso sexual praticado por familiares (VECTORE; CARVALHO, 2008). Siqueira e Dell’Aglío (2006) acrescentam ainda o abandono, a rejeição, incapacidade de cuidado por parte dos genitores, incluindo a presença de doença mental e/ou de doença física e as dificuldades geradas pela pobreza. Ainda, para os autores, quando ocorre alguma dessas situações e não há outra pessoa da família imediatamente capaz de assumir o cuidado da criança, sob consentimento do Estado, uma instituição de acolhimento se responsabiliza provisoriamente pelo seu cuidado, até que seja encontrada outra alternativa.

Contudo, o ambiente institucional geralmente não oferece condições propícias para o pleno desenvolvimento de crianças. Dentre as razões, pode-se citar a privação de contato íntimo com a família, o elevado número de crianças por cuidador, o que conseqüentemente dificulta a estimulação do seu desenvolvimento e, por último, um elevado número de crianças por abrigo, acarretando em menor qualidade no cuidado e no estabelecimento de laços afetivos. Somado a isso, a criança que se encontra abrigada, além de enfrentar dificuldades provenientes de relações familiares difíceis, muitas vezes, ao adentrar o abrigo, onde sua estadia geralmente não é transitória, se depara com longos processos judiciais, perpetuando a situação de institucionalização (VECTORE; CARVALHO, 2008). Conclui-se, portanto, que todas essas mudanças geram impacto importante tanto no novo ambiente físico que a criança está se inserindo como em relação às questões psicológicas das crianças institucionalizadas.

Bronfenbrenner (1979) contemplou a institucionalização em seus estudos. Uma de suas hipóteses é a de que há um forte impacto quando a separação das crianças de suas famílias ocorre na segunda metade do primeiro ano de vida. Apesar de ser um contexto possível de desenvolvimento, para o autor a instituição não fornece um equivalente funcional familiar para seus internos.

Siqueira e Dell’Aglío (2006) citam alguns estudos que apontaram prejuízos cognitivos que a vivência institucional proporcionaria para as crianças abrigadas, tal como déficit intelectual, especialmente no desenvolvimento da linguagem, além de dificuldades emocionais, de comportamento e incapacidade de formar laços afetivos duráveis com outros. Assim, conforme Tinoco e Franco (2011), estudiosos das décadas de 1940 e 1950, influenciados pelo número de crianças órfãs e pela inserção da mulher no mercado de trabalho após as duas guerras mundiais, apontaram a necessidade de se pesquisarem os efeitos da separação materna durante a infância.

1.2 ABANDONO NOS PRIMEIROS ANOS E SINTOMAS PRECOSES

Bowlby (1990) reconhece através da Teoria do Apego, a importância vital de uma relação estável com uma figura materna amorosa, durante toda a infância. Compreender o estabelecimento do apego e vínculo como fator que contribui para o desenvolvimento saudável dos indivíduos é de extrema importância para a Psicologia. Segundo Berthoud, Bromberg e Coelho (1998) a Teoria do Apego refere uma necessidade básica e vital do indivíduo se apegar a outro que se relaciona com ele de uma forma exclusiva.

Para Dalbem e Dell’Aglia (2005) o papel do apego na vida dos seres humanos envolve o conhecimento de que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, proporcionando um sentimento de segurança, tornando-se fortificador da relação. A tese de Bowlby é a de que os comportamentos de apego surgem da necessidade de segurança, as quais desenvolvem-se precocemente na vida, que costumam se direcionar a indivíduos específicos e tendem a resistir por grande parte do ciclo de vida. À medida em que se cresce, há uma separação da figura primária de apego, explorando uma gama cada vez maior em seus ambientes. Entretanto, eles sempre voltam para a figura de apego, em busca de apoio e segurança (WORDEN, 2013).

Conforme Tinoco e Franco (2011), a criança desenvolve o comportamento de apego à figura com quem mantém proximidade, comumente a mãe, buscando fonte de confiança e proteção. O desenvolvimento desse comportamento, tão essencial para a saúde mental, se dá em uma experiência de cuidado afetivo contínuo e duradouro com a mãe ou substituto, na qual tanto a criança quanto a figura materna sentem satisfação e prazer, originando assim uma relação de apego segura. Apesar do comportamento de apego estar ligado à satisfação das necessidades tanto de cuidados físicos quanto de amparo, a presença de afeto e proteção é tão importante quanto a alimentação e outros cuidados (Bowlby, 1990). A partir disso, considera-se a importância de que o recém-nascido tenha experiências agradáveis e que seja atendido em suas principais necessidades, para poder introjetar o objeto bom e, conseqüentemente, criar uma experiência positiva do mundo, o que favorece o desenvolvimento saudável do ego e da capacidade psíquica (AZEVEDO; NEME, 2009).

Portanto, a Teoria do Apego menciona que o ser humano cria fortes vínculos e laços afetivos com os outros, sendo, assim, essencial para compreender a forte reação emocional ocasionada por ameaça ou rompimento desses vínculos. Quando a figura de apego desaparece ou é ameaçada, a resposta é uma ansiedade intensa e um forte protesto emocional (WORDEN, 2013).

Outros autores também relatam a importância do vínculo e das relações com o ambiente em que o indivíduo está inserido nos primeiros anos de vida. A Teoria do Amadurecimento de Winnicott baseia-se na concepção de que todo indivíduo humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, ou dito de outro modo, à integração em uma unidade psique-soma (MENDONÇA, 2008). Segundo a autora, inata não quer dizer que aconteça simplesmente com a passagem do tempo, é uma tendência e não uma determinação, e, para que se realize, este indivíduo humano, quando ainda é um bebê, depende de um ambiente facilitador (inicialmente, a mãe biológica) que forneça cuidados suficientemente bons.

Para Mendonça (2008), no início de sua vida o bebê se encontra em estado de não integração, não sabendo de si porque ainda não há um si-mesmo do qual possa ter consciência. Nesse momento, para se integrar e se tornar uma pessoa total, precisa da ajuda de um ambiente facilitador na realização de três tarefas: a integração no tempo e no espaço; a personalização, ou seja, o alojamento da psique no corpo; e o início das relações objetais, isto é, relacionar-se com os outros seres humanos e com as coisas que estão no mundo. Todas as experiências essencialmente corporais (a alimentação, o banho, as trocas, o colo e o cheiro da mãe) pelas quais passa o bebê são elaboradas imaginativamente e abrem caminho para englobar gradualmente elaborações mais complexas que envolvem, além das vivências internas, também as relações interpessoais (MENDONÇA, 2008).

Mesmo aquelas crianças que são separadas apenas temporariamente de sua família, ou aquelas que mantêm contato por meio de visitas, também vivenciam uma perda e devem se adaptar a ela (TINOCO; FRANCO, 2011). Segundo os autores, crianças que chegam ao abrigo, já tendo passado por outras situações de rompimento anteriormente, têm de se adaptar à nova separação, às novas pessoas e ao novo lugar, uma vez que, na vivência da criança que é institucionalizada, além do afastamento de sua família e de sua casa, há também o afastamento de tudo o que lhe era conhecido: brinquedos, comidas, cheiros, hábitos, entre outros. Trata-se, portanto, de uma experiência de múltiplos rompimentos, que requer a elaboração de múltiplos lutos.

Assim, essa somatória de perdas é grande fonte de angústia para a criança e faz com que intensos comportamentos de procura sejam ativados (AZEVEDO; NEME, 2009). Em situações como esta, nem a figura de referência, nem o meio físico, com os quais a criança mantinha uma relação de apego, estão disponíveis para protegê-la e aliviá-la de aflição.

Estudos citados por Tinoco e Franco (2011) relacionam a existência de distúrbios psicológicos e problemas psiquiátricos na infância e na fase adulta com a experiência de

separação, abandono, perda dos pais e/ou outros tipos de perda na infância. Acrescentam, ainda, que não só a perda é tida como a causadora de distúrbios, mas, principalmente, as consequências e acontecimentos que a precedem e a sucedem.

Por isso, é comum observar reações nas crianças institucionalizadas, tais como: choro, tristeza, depressão, raiva, culpa, angústia, relutância em aceitar coisas novas, comportamentos agressivos, apatia, comportamentos regressivos como voltar a se comportar como uma criança mais nova, isolamento, queda no rendimento escolar, ansiedade, dificuldade de concentração. Somatizações, problemas de sono e de alimentação também estão geralmente presentes (TINOCO; FRANCO, 2011), podendo estas manifestações serem compreendidas como sintomas psicofuncionais.

1.3 SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS E RELAÇÃO CUIDADOR – CRIANÇA

Segundo Edelstein (2000) os conteúdos mentais que ainda não podem ser processados pelo aparelho psíquico da criança buscam uma forma de descarga emocional através do corpo, uma vez que o bebê não adquiriu a capacidade de simbolização e seu sofrimento é demonstrado através do sistema somático. Então, na medida em que o psiquismo do bebê vai amadurecendo e se estruturando, espera-se que essas manifestações somáticas diminuam. Assim, quando a criança coloca em risco algo de sua constituição psíquica, o sofrimento aparecerá no seu funcionamento corporal (SCALCO; DONELLI, 2014).

Para Golse (2004), o estudo do bebê reserva ao corpo um lugar de extrema importância. O conjunto das interações precoces vividas pela criança dá lugar a uma atividade de mentalização e figuração essencial na construção do aparelho psíquico do bebê. Assim, o corpo e o comportamento do bebê contam algo de sua história interativa precoce, tendo como principal narrador da interação, o seu próprio corpo. Sendo assim, apesar de não ser possível ao bebê utilizar o recurso da palavra para expressar seus conflitos, ele manifesta sintomas que se fazem ver no corpo (JERUSALINSKY; BERLINK, 2008).

A partir desse entendimento, pode-se dizer que essas manifestações observadas no corpo, e que atingem as principais funções somáticas da criança, como o sono, alimentação, respiração, digestão, entre outras, possivelmente apontam para perturbações na relação ou no vínculo afetivo, evidenciando a estreita relação entre o psíquico e o somático nas crianças pequenas (SCALCO; DONELLI, 2014).

Para Donelli (2011) entende-se por sintoma psicofuncional as manifestações somáticas e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que por vezes sinalizam dificuldades na

interação mãe-bebê ou pais-bebê. Scalco e Donelli (2014) acrescentam, ainda, que “trata-se de uma patologia principalmente funcional em que o corpo é o lugar pelo qual a criança em conflito exprime sua insatisfação. Desta forma, o corpo desempenha papel central, representando uma via real de acesso aos processos de simbolização e subjetivação” (p.4).

Pinto (2004) refere que os sintomas psicofuncionais mais frequentes na fase inicial de vida são os distúrbios de sono, como a criança que dorme mal, acorda muitas vezes durante a noite, demora em dormir, vai dormir muito tarde, dorme pouco ou demais para a idade, aquelas que não têm horário na sua rotina de sono, entre outros problemas relacionados ao sono que possam surgir; os distúrbios alimentares, relacionados com a quantidade ou qualidade da alimentação, dificuldades com tipos específicos de alimentos que devem ser introduzidos ao longo do primeiro ano de vida; os distúrbios digestivos e gástricos, como regurgitação, cólica, soluço, prisão de ventre, diarreia, entre outros; os distúrbios respiratórios, tais como asma, bronquite, alergias respiratórias e infecções de repetição como faringites, laringites, etc.; problemas de pele, como eczema e alergias cutâneas; e ainda, os distúrbios de comportamento, como temperamento difícil, irritação e choro frequentes, baixa consolabilidade, ansiedade e medo constantes, dificuldades de vínculo ou de separação, etc.

Donelli (2011) acrescenta que os sintomas psicofuncionais são entendidos como indicadores de problemas, estes podendo ser passageiros ou persistentes, no nível das trocas interacionais entre pais e bebê. Neste sentido, pode-se afirmar que os sintomas psicofuncionais aparecem aliados à qualidade dos vínculos primários (PINTO, 2004). A autora ainda ressalta a importância de considerar e avaliar os distúrbios psicofuncionais, numa faixa etária precoce, justificando a possibilidade de uma intervenção que seja ao mesmo tempo curativa, isto é, que atue na redução ou no desaparecimento dos sintomas, ao mesmo tempo aliviando a ansiedade, a preocupação e o sofrimento que, em geral, estão associados, mas que também seja preventiva quanto aos possíveis agravamentos e ao surgimento de distúrbios crônicos futuros. Entretanto, como ressalta Donelli (2011), a detecção precoce de problemas na primeira infância e, somado a isso, a dificuldade do diagnóstico revelam um campo de pesquisa ainda pouco explorado.

A partir dessa compreensão a respeito dos sintomas psicofuncionais, pode-se entender a origem de tantas dificuldades entre crianças e cuidadores dentro da instituição, que, muitas vezes, tem como principal motivo as alterações de comportamento esperadas diante de tantas mudanças. Tinoco e Franco (2011) reforçam que os cuidadores podem sentir que um problema de comportamento da criança pode representar uma dificuldade em sua capacidade de cuidar, e que, portanto, não estariam cumprindo bem seu papel. Diante disso, sentimentos

de raiva e impotência podem dominá-los e interferir em sua atitude frente à criança. Bowlby (1990) destaca que o sucesso de uma nova relação não está vinculado ao esquecimento da relação anterior e, ao contrário disso, se as duas relações puderem se manter distintas e presentes, maior a possibilidade de que a nova relação dê certo. Isso pode ser difícil de ser sustentado pela figura que ocupa o novo lugar na relação, como, por exemplo, a mãe substituta ou o cuidador de um abrigo.

Para ajudar a criança a elaborar sua história de perda, segundo Tinoco e Franco (2011), é essencial o desenvolvimento de um bom vínculo com um adulto (psicoterapeuta, cuidador de abrigo, técnico, pais adotivos) e com o ambiente. Isso facilitará na elaboração da situação traumática, ao sentir um ambiente seguro. Para Siqueira e Dell'Aglio (2006) independentemente de a perda ser definitiva ou temporária e do quê/quem e como foi perdido, há que elaborá-la para tornar possível a adaptação à nova realidade e a formação de novos vínculos.

Dessa forma, é possível perceber que, para a maioria dos autores citados, a institucionalização é necessária quando a família não consegue cumprir com seu papel de cuidado e satisfação das necessidades mais básicas da criança e do adolescente, tomando-se então como medida de proteção, o acolhimento. Diante da necessidade de acolhimento, a criança tem sua vida modificada bruscamente. São várias as mudanças e transformações diante deste momento, mas principalmente a relação da criança e de seus familiares sofre impactos significativos, pois, ao mesmo tempo em que o acolhimento institucional desenvolve ações de proteção e cuidado, realiza o afastamento ou até mesmo o rompimento dos vínculos com seus familiares (SIQUEIRA *et al.*, 2009). Tinoco e Franco (2011) relembram a relação da criança com a mãe em sua presença e em sua ausência, assim como a influência dessa relação na compreensão da personalidade, trazendo a Teoria do Apego, formulada por John Bowlby, que alcançou lugar de destaque na compreensão da formação e do rompimento dos vínculos afetivos. Conforme Bowlby (1990), a qualidade do relacionamento da criança com seus cuidadores, assim como as experiências de separação e perda dessas relações, teriam interferência nos seus relacionamentos futuros. Bowlby (1981) afirma ainda que o contexto familiar deve prestar o auxílio no período da imaturidade, envolvendo a criança em um ambiente de afeição e segurança. É nessa relação, envolvida pela satisfação de necessidades e espaço de possibilidades, que se dará o vínculo afetivo.

No caso da institucionalização da criança como único recurso, a somatória de perdas e mudanças é grande fonte de angústia para a criança e faz com que intensos comportamentos de procura sejam ativados. Em situações como esta, nem a figura humana, nem o meio físico,

com os quais a criança mantinha uma relação de apego, estão disponíveis para protegê-la e aliviá-la de aflição. Independentemente de a perda ser definitiva ou temporária e do quê/quem e como foi perdido, há que elaborá-la para tornar possível a adaptação à nova realidade e a formação de novos vínculos. Siqueira e Dell’Aglío (2006), tendo em vista a história pregressa das crianças e dos adolescentes abrigados, afirmam que a institucionalização pode ou não constituir um risco para o desenvolvimento.

Como resposta a tantas mudanças, é comum observarem-se reações nas crianças institucionalizadas, que podem ser entendidas como sintomas psicofuncionais, sinalizando dificuldades na interação, uma vez que a criança ainda não dispõe de outros recursos e formas de comunicação para sinalizar suas dificuldades (SCALCO; DONELLI, 2014). Considerando todas estas questões em relação à institucionalização precoce envolvendo crianças, este estudo tem como objetivo principal compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em crianças em situação de acolhimento institucional.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO

Neste estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa-exploratória de pesquisa, por meio da realização de Estudo de Casos múltiplos. Segundo Yin (2005), a metodologia qualitativa se fundamenta tanto no interesse em compreender significados e interpretar os sentidos da experiência vivida pelos sujeitos da pesquisa, como também na participação ativa do pesquisador no contexto estudado. O Estudo de Caso é, também, um método bastante utilizado na área das ciências sociais, determinando-se pelo objetivo de se proceder a uma análise mais aprofundada do que se pretende estudar (GIL, 2007; YIN, 2005). Assim, a opção pelo estudo de caso favorece a investigação de fenômenos, razão pela qual é utilizada para o entendimento de questões pertinentes e complexas da vida real, sendo então possível a realização de observações diretas e sistemáticas (YIN, 2005).

2.2 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa quatro crianças, todas do sexo masculino, sendo estas duplas de irmãos: Anderson (2 anos e 1 mês) e Paulo (1 ano); Danilo (1 ano e 11 meses) e Antônio (4 meses), que se encontram em situação de acolhimento em uma instituição de proteção localizada no Vale do Paranhana. A instituição foi escolhida devido à disponibilidade de crianças pequenas, e conta atualmente com 12 crianças, de 0 a 11 anos. A seleção destes participantes ocorreu a partir dos critérios de inclusão definidos em faixa etária (entre 0 a 36 meses) e que não estivessem na iminência de deixarem o abrigo em função de adoção ou retorno à família de origem. A dupla de irmãos Anderson e Paulo encontra-se abrigada há 8 meses e não recebem visitas, porém Danilo e Antônio estão abrigadas apenas há 2 meses, recebendo visitas semanais dos pais. Participaram também do estudo um cuidador por dupla de irmãos, indicado pela própria instituição como aqueles que tem maior vínculo com a criança, tempo de cuidado e por afinidade. Outras informações sobre os participantes encontram-se nas tabelas 1 e 2.

¹Nomes fictícios

Tabela 1 - Dados dos Participantes (crianças)

Nome Fictício	Idade	Tempo de Acolhimento	Motivo do Acolhimento
Anderson (Caso A)	2 anos e 1 mês	8 meses	Pais envolvidos com drogas
Paulo (Caso A)	1 ano	8 meses	Pais envolvidos com drogas
Danilo (Caso B)	1 ano e 11 meses	2 meses	Negligência familiar
Antônio (Caso B)	4 meses	2 meses	Negligência familiar

Tabela elaborada pela autora

Tabela 2 – Dados dos Participantes (cuidadoras)

Cuidadora	Idade	Formação	Tempo de trabalho
Cuidadora A	28 anos	Ensino Médio	5 meses
Cuidadora B	24 anos	Estudante de Psicologia (4º Semestre)	2 meses

Tabela elaborada pela autora

2.3 INSTRUMENTOS

Neste trabalho, foram utilizados os seguintes instrumentos:

2.3.1 Observação livre naturalística

A observação livre naturalística consiste em fazer observações sobre a interação social ou investigar profundamente as percepções e atitudes recíprocas de pessoas que desempenham funções interdependentes, dentro do contexto natural do indivíduo (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). Além disso, proporciona uma imagem detalhada e natural das inter-relações sociais do grupo, sem qualquer intervenção do pesquisador. Segundo os autores, característica marcante da compilação de dados por estudos de campo consiste em que o pesquisador deve unicamente observar e não interferir no comportamento em curso, sendo considerado um bom método para o estudo de crianças, tendo como características básicas deste método a ausência de controle, a observação com o mínimo de interferência e a descrição exata e minuciosa dos comportamentos observados.

A observação foi utilizada para observar as crianças participantes do estudo em interação livre com os cuidadores e com outras crianças, conforme o que o ambiente na ocasião da observação originou, a fim de que se pudesse conhecer o ambiente cuidador da criança e perceber como se davam as suas relações, interações, vínculos e comportamentos. Posteriormente, a observação foi relatada por escrito.

2.3.2 Questionário “Symptom Check-list”

Trata-se de um questionário para avaliação quantitativa e qualitativa dos transtornos psicofuncionais na primeira infância (ANEXO A). O instrumento é composto por oitenta e quatro diferentes tipos de perguntas, incluindo perguntas fechadas, abertas e de escolha múltipla, que objetivam avaliar a presença, a frequência, a intensidade e a duração de manifestações sintomáticas na criança durante as últimas quatro semanas. Abordam as seguintes áreas: sono, alimentação, digestão, respiração, alergias de pele, formas de comportamento, medos, separação, necessidade de assistência médica e as principais mudanças na vida da criança. Há também perguntas que permitem fornecer informações sobre a história dos distúrbios, as circunstâncias do início, explicações propostas para o meio ambiente, assim como as reações e as tentativas para sanar os transtornos apresentados.

Em relação à pontuação das questões, a nota 1 é atribuída à ausência (nunca ou quase nunca) dos sintomas. É atribuída nota 5 em altas frequências (sempre ou quase sempre), mostrando durações intensas e longas dos sintomas psicofuncionais. As notas 2, 3, 4 são atribuídas para as frequências, intensidades e durações intermediárias. Depois de atribuídas as notas, de acordo com a pontuação adquirida dentro de cada categoria, avaliou-se as variações apresentadas, classificando-as se estavam dentro do normal, se houve tensão significativa, com alguma desarmonia ou se o sistema encontrava-se absolutamente disfuncional.

2.3.3 Entrevista semiestruturada com Cuidador

Segundo Nunes (2005), a entrevista semiestruturada define-se como um conjunto de questões preparadas anteriormente à entrevista para ser explorado junto à pessoa entrevistada, orientando assim o entrevistador. O roteiro consiste em uma lista básica de temas a serem discutidos durante a realização da entrevista a fim de que se garanta que todos os temas relevantes sejam explorados, sendo passível de adaptações ao longo da sua realização. Este

tipo de instrumento garante a liberdade do entrevistado ao relatar o que lhe é de significado central. Sendo assim, foi realizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), previamente elaborada de acordo com os objetivos da pesquisa, que foi respondida pelos cuidadores, sendo um por criança, que tinham maior vínculo ou que apresentem maior tempo de cuidado com as mesmas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente, desenvolveu-se um projeto de pesquisa que foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, havendo parecer favorável para sua realização, sob a Resolução Nº 15/046 (ANEXO B). Foram respeitadas todas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assim como a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, que preveem questões que se referem aos esclarecimentos necessários aos sujeitos participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Nesse sentido, o estudo somente foi iniciado com a concordância dos responsáveis pelo abrigo, registrada em carta de anuência (APÊNDICE B), na qual constam os esclarecimentos da pesquisa, a autorização e a assinatura de um responsável pela instituição.

Os nomes das crianças participantes foram mantidos em sigilo, bem como os dados pessoais dos cuidadores. Sendo assim, os cuidadores foram esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa (APÊNDICE C), participando de forma voluntária.

2.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa, inicialmente foi feito contato com a instituição de acolhimento, visando expor os objetivos do estudo e para apresentar e solicitar a assinatura na Carta de Anuência (APÊNDICE B). Após, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) para avaliação. Após sua aprovação, foi realizado novo contato com a instituição de acolhimento para identificar possíveis participantes, que se encaixavam nos critérios de inclusão.

Em seguida foi marcado o dia e o horário para a realização da coleta de dados.

Nesta ocasião, foi apresentado aos responsáveis pela instituição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). O primeiro instrumento aplicado foi a observação livre naturalística das crianças, por um período de 50 minutos, em sua interação com o ambiente em que se encontravam, com os cuidadores e com as outras crianças

abrigadas, a fim de identificar comportamentos manifestados. Não foi solicitado que as crianças assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que dessem seu assentimento, pois se tratava de crianças com menos de três anos de idade que ainda não estavam alfabetizadas e que não possuíam maturidade para compreender os procedimentos da pesquisa. Para resguardar os direitos das crianças, foi feito contato com o gestor da instituição, que deu sua permissão para a participação das crianças através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão responsável (ANEXO D), já apresentado anteriormente à aplicação do primeiro instrumento da coleta de dados. Posteriormente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão cuidador (APÊNDICE C) aos cuidadores das crianças observadas, sendo um cuidador por dupla de irmãos e que tinham maior vínculo e tempo de cuidado com as mesmas, consentindo assim sua participação no estudo. Após seu consentimento, foi aplicada uma entrevista semiestruturada, a partir do roteiro preestabelecido (APÊNDICE A), e, posteriormente, o questionário “Symptom Check-list” (ANEXO A). Uma cuidadora por vez foi entrevistada. A entrevista com cada cuidadora, juntamente com a aplicação do “Symptom Check-list” durou cerca de duas horas. Ainda sobre o “Symptom Check-list”, é importante destacar que algumas questões foram eliminadas, por não serem possíveis de serem respondidas pelos cuidadores, ou não se aplicavam à pesquisa. Na área do sono, a questão número 15, que se refere ao sono durante o período de férias e quando há visitas em casa; na área da alimentação, a questão 47 a respeito de informações acerca do momento do nascimento da criança; na área de apoio social, a questão 85 que remete a amigos e familiares da criança e, por último, na área de repercussões, as questões 87 e 88 que se tratavam de como os problemas dos filhos se refletiam vida do casal e família. Havia somente duas cuidadoras presentes na instituição na ocasião da coleta de dados. Enquanto uma realizava a entrevista, em uma sala em separado, a outra atendia as crianças.

Durante a entrevista, foi utilizado um gravador de voz, para posterior transcrição e análise dos dados obtidos. As observações foram relatadas pormenorizadamente pela pesquisadora após sua realização, a fim de obter um registro das situações que chamaram atenção durante a observação. O material referente aos dados coletados se encontram aos cuidados da pesquisadora deste projeto, com a finalidade de mantê-los em total sigilo e sem acesso a qualquer outra pessoa, conforme os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos e o Código de Ética do Psicólogo.

2.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A capacidade de interpretação dos dados é fundamental para que o pesquisador não fique somente registrando dados mecanicamente (YIN, 2005). Assim, em relação à observação livre naturalística, foi realizada uma descrição de cada comportamento ou resposta das crianças, apresentados durante a prática da observação, buscando-se compreender o seu significado e seu sentido em relação aos objetivos do estudo.

No instrumento “Symptom Check-list”, as respostas fechadas que relatam frequência, duração e intensidade dos distúrbios psicofuncionais foram pontuadas de 1 a 5 pontos, sendo analisadas seguindo o manual do instrumento. Para as questões abertas e de múltipla escolha, foi realizada uma análise do seu conteúdo. Trata-se de um instrumento que permite análise tanto quantitativa quanto qualitativa. Para a análise quantitativa, o manual do instrumento não aponta nenhuma interpretação em relação à pontuação final. Assim, baseado no estudo de Silva (2014), adotou-se os seguintes intervalos como indicativos de pontuação alta e comprometimento nas áreas indicadas: sono (21 a 35 pontos), alimentação (21 a 35 pontos), digestão (9 a 15 pontos), respiração (9 a 15 pontos), alergias (12 a 20 pontos), comportamento (24 a 40 pontos), e mudanças (9 a 15 pontos). As áreas de pele e medos/timidez são avaliadas a partir da percepção do cuidador em relação à presença de dificuldades nesta área, não possuindo, assim, pontuação mínima para ser classificada. Em relação à entrevista semiestruturada com o cuidador, posteriormente foi realizada a categorização dos dados que surgiram, através de um estudo minucioso das falas do participante, criando-se agrupamentos dos dados.

Para integração e análise dos dados, foi utilizado o procedimento da síntese dos Casos Cruzados (YIN, 2005), com o objetivo de confrontar os resultados da análise de cada um dos casos. Primeiramente, avaliou-se cada um dos casos individualmente, em profundidade, através de temas ou eixos norteadores, como a 1) Vivência do acolhimento, 2) Relacionamento Cuidador-Criança, 3) Sintomas nas Crianças. Posteriormente, comparou-se os casos entre si, a partir dos eixos analisados, identificando divergências e convergências entre eles.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, os resultados serão apresentados através de uma descrição dos casos participantes do estudo, com nomes fictícios, contendo alguns dados de identificação pertinentes ao estudo. Em seguida, serão apresentados os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos utilizados, através de eixos, formulados de acordo com os objetivos desta pesquisa.

3.1 CASO A: ANDERSON E PAULO

Anderson, de 2 anos e 1 mês, e Patrick, de 1 ano, são irmãos. Estão abrigados na instituição há 8 meses, vindos de um município vizinho. A mãe é usuária de drogas e o pai, atualmente, está preso por tráfico de drogas. A mãe, inicialmente, realizava visitas às crianças, que foram se espaçando no decorrer do tempo. As crianças passaram a não mais reconhecê-la nas últimas visitas. Foi tentado então que as crianças ficassem com a avó materna, porém ela recusou-se, afirmando que “este não é um problema dela” (sic). Até o momento, a decisão é a de que possivelmente seriam encaminhados para a adoção.

3.1.1 Vivência do acolhimento

As crianças Anderson e Paulo chegaram com dificuldades para se alimentar e com comportamentos de chorar e gritar. Não aceitavam comida e passavam por grandes dificuldades para dormir. Paulo, o mais novo, no entanto, sempre foi mais calmo que Anderson. Em relação à interação com as outras crianças, Anderson era bastante egoísta, com dificuldade para dividir os brinquedos e interagir nas brincadeiras. Paulo sempre se mostrou mais aberto e sociável com as outras crianças. Pensando-se nesses comportamentos no momento da chegada à instituição e comparando-os com possíveis mudanças durante o tempo em que permanecem na instituição, a cuidadora relatou não perceber mudanças comportamentais em Anderson, que continuou bastante agitado, carente e egoísta. “A gente tenta ajudar, ensinar algo melhor do que a realidade de onde eles vieram, mas tem coisas que parecem que já se fixaram neles.” (Cuidadora A.). Apenas na questão da alimentação e sono surgem evidências de melhoras.

Em relação a essas dificuldades na vivência do acolhimento, Siqueira e Dell’Aglio (2006) já referiram as dificuldades das crianças institucionalizadas, tanto em relação à comportamentos quanto à questões emocionais.

3.1.2 Relação Criança – cuidador

A cuidadora referiu que as duas crianças são bastante carinhosas com todos os cuidadores e os obedecem, entendendo suas ordens e explicações. São bastante amorosos, mas ao mesmo tempo, “carentes” de afeto e atenção. Através dessa interação criança-cuidador, mencionou ver mudança em Paulo em relação a alguns comportamentos, como aumento da independência, mas, ao mesmo tempo, exige mais atenção e carinho: “Eu acho que eles melhoram aqui, é ruim estar longe dos pais, mas mesmo assim, acho que estar longe da família, mas recebendo cuidados, ainda é melhor. O Paulo está muito mais independente, foi a gente que ensinou e está estimulando isso nele. Mas a parte da carência a gente ainda percebe, com certeza tem marcas que mesmo que a gente ajude e cuide, não se apagam dentro deles, acho que é por isso que ele é assim, precisa tanto de carinho” (Cuidadora A.). Através da observação realizada, pode-se perceber essas questões mencionadas pela cuidadora. A mesma apresentava-se de forma firme e, ao mesmo tempo, carinhosa. Chamava a atenção das crianças, que estavam todas reunidas brincando, assim como brincava junto e interagia com elas. As crianças a obedeciam, assim como pediam atenção e “colo”, e ela ia oferecendo, da forma que podia. Também estimulava as crianças com música, cantava e fazia gestos, a maioria a imitava, demonstrando gostar muito dela.

A respeito da relação criança-cuidador, Bronfenbrenner (1979) cita ser possível, dentro de uma instituição, a criança se desenvolver e sentir-se segura. Porém, não fornece um equivalente funcional familiar para essas crianças, podendo essa afirmação explicar o motivo pelo qual as crianças ainda se mostram carentes afetivamente, embora melhorem em outros aspectos. Tinoco e Franco (2011) citam que é possível o desenvolvimento de um bom vínculo com outro adulto, como o cuidador da instituição, assim como com o novo ambiente, e que isso facilitará na elaboração da situação traumática pela qual estão passando.

3.1.3 Sintomas das Crianças

Anderson não caminhava quando chegou ao abrigo, já com 1 ano e 6 meses e, até o momento, não desenvolveu a fala. Atualmente, Anderson apresenta sintomas significativos,

com sistema absolutamente disfuncional, em relação ao sono, totalizando 35 pontos no “Symptom Check-list”, ao comportamento, sendo 32 pontos e a medos e timidez, 12 pontos. “O Anderson complica muito para dormir. Senta na cama durante a noite, a gente tenta acalmar ele com o paninho e o bico, ele joga longe... acorda os outros com seus choros e gritos. Sem contar que acorda de manhã com muito mal humor, muitas vezes até gritando (...) Tem crises de raiva todos os dias, principalmente quando é contrariado (...) Ele tem um medo estranho, que é medo de gato, tinha um gato que ficava por aqui, ele via e saía correndo, gritando. Estamos ajudando ele em relação a esse medo, já deu uma melhorada, ensinamos ele a fazer carinho, mas só faz quando tem alguém junto (...) Também fica muito tímido e envergonhado quando tem alguém diferente aqui no abrigo, alguém que ele não conhece”. Em relação à alimentação, houve tensão significativa em sua análise, somando 22 pontos. Em relação a seu irmão, Paulo, encontra-se disfuncional somente na questão da respiração, somando 9 pontos. Paulo tem bronquiolite, sendo necessário o uso de medicação. Segundo Silva (2012) várias pesquisas mostraram a relevância de fatores psicológicos interferindo em problemas respiratórios. Ansiedade, depressão e presença de conflitos familiares têm sido associados ao desenvolvimento deste tipo de doença. Ainda, segundo a autora, a maioria dos estudos sobre a associação de transtornos emocionais e comportamentais e problemas respiratórios realizados em crianças e adolescentes mostra que eles têm maior prevalência de transtornos emocionais do que a população geral.

3. 2 CASO B: DANILO E ANTÔNIO

Danilo, de 1 ano e 11 meses, e Antônio, de 4 meses, também são irmãos. Estavam abrigados há 2 meses na época da coleta dos dados, e eram residentes do município da instituição onde o estudo foi realizado. Chegaram ao abrigo através do Conselho Tutelar, vindos diretamente do hospital da cidade, onde estavam internados devido a problemas de pele e de saúde ocasionados por negligência familiar. Quando chegaram ao abrigo, eram receosos com água e qualquer outro produto de higiene, assim como qualquer ação que remetesse a cuidados, os evitando. Daniel não caminhava, fato ainda presente atualmente, e, quando se tentava algum tipo de estimulação, chorava de dor. Enquanto esteve com a família, permaneceu todo esse tempo apenas deitado. Também apresenta movimentos repetitivos e estereotipados, tem “tiques”, chora bastante e não brinca. A instituição permite uma visita semanal dos familiares, em que somente o pai comparece, na maioria das vezes alcoolizado. A família já havia tido um filho mais velho, que foi adotado.

3.2.1 Vivência do acolhimento

A cuidadora entrevistada referiu Danilo como muito indiferente a tudo e às demais crianças e cuidadores: “Eu acho que ele tem alguma coisa, algum problema a mais” (Cuidadora B.). Juntamente com seu irmão, Antônio, surge um estranhamento com a rotina de higiene: “Eu acho que todo esse estranhamento é por causa da negligência que eles sofreram. Parecia que molhar eles na água era doloroso, não sabiam o que era um sabonete, um *shampoo*. O Daniel, na primeira vez que colocamos ele para brincar no balanço, sentiu medo do vento, porque nunca tinha sentido o vento. Não tinham contato com nada”. (Cuidadora B.).

Procurou-se estimular Daniel, que já mostrou evoluções em seu comportamento desde que chegou à instituição, como movimentar-se mais, se comunicar por gestos para referir o que deseja, tenta pegar os brinquedos que deseja: “Eu deixo um brinquedo longe dele, vejo que ele quer pegar, eu espero um pouco, sei que ele muitas vezes não consegue pegar, mas eu espero e vejo se ele ao menos se esforça para tentar pegar. Quando eu vejo que ele se esforçou, eu vou lá e ajudo, coloco mais perto ou dou pra ele. Acho que assim eu estou ajudando a estimular” (Cuidadora B.).

Segundo a cuidadora, a principal dificuldade evidenciada durante o período de acolhimento foi em relação ao estranhamento do novo ambiente, em relação ao receber cuidados. Tinoco e Franco (2011) relembram a questão da adaptação à mudança de seu lar para um abrigo. Além de passar por uma situação de rompimento, devem se adaptar a novas pessoas, novo lugar e que, além do afastamento de sua família e sua casa, a criança tem que lidar com o afastamento de tudo o que lhe era conhecido, como cheiros, hábitos, formas de tratamento, entre outras.

3.2.2 Relacionamento Criança - cuidador

A cuidadora entrevistada aponta como aspecto positivo no abrigo o fato de as cuidadoras adotarem a mesma postura e regras com todas as crianças, fazendo com que todas ajam da mesma forma com as crianças e, que isso, se reflète na melhora e organização das mesmas: “A gente está sempre conversando, combinamos de falar a mesma língua com eles, fazer tudo mesmo jeito, ajudar a manter uma rotina, uma forma de tentar ajudar essa baguncinha que já passaram na vida, eu acho que ajuda muito” (Cuidadora B.). Dessa forma, ambas as cuidadoras veem as crianças como tendo um bom relacionamento com todas as

cuidadoras. Também se veem e enxergam as colegas como estimuladoras e incentivadoras das crianças. Ao realizar a observação, esse fator pode ser observado. Inicialmente se encontrava somente uma cuidadora (A) e, ao final da observação, a cuidadora B estava chegando. As crianças se mostraram felizes com sua chegada, as maiores a receberam com abraços e beijos e a forma com que ela conduzia o momento, que já era hora do almoço, se aproximava com a forma que a outra cuidadora também conduzia o momento. A literatura aponta que, essa realidade da instituição pesquisada, não é a realidade da maioria. Vectore e Carvalho (2008) relatam que geralmente o ambiente institucional não oferece condições propícias para o desenvolvimento das crianças, incluindo a diferença entre os cuidadores, que poderia acarretar em uma maior dificuldade para o cuidado e estabelecimento de vínculos afetivos.

3.2.3 Sintomas das Crianças

Danilo apresentou sintomas em relação ao sono, pontuando 31 pontos e, com alguma desarmonia, em relação à alimentação, com 30 pontos. “Danilo costuma resmungar durante o sono, muitas vezes perde até o fôlego (...). Demora muito para comer, e na maioria das vezes, ele se recusa a experimentar algo novo, reclama e chora” (Cuidadora B.). Ainda em relação a Danilo, se percebeu desde sua chegada à instituição, um grande atraso de desenvolvimento em comparação ao que era esperado para sua idade. Surgiram questões significativas em relação a problemas de pele, pois a criança apresenta Psoríase, presente em seu rosto e mãos. Silva e Silva (2006) relatam que as células que originam a pele têm uma ligação muito próxima com as células nervosas, sendo que muitas doenças da pele apresentam alguma relação com o estado emocional da pessoa. As autoras referem que as alterações emocionais podem se manifestar por algum órgão do corpo, chamado de “órgão de choque”. A pele é um desses “órgãos de choque” e, certamente, sofre em função dessas oscilações emocionais. Já Antônio, demonstra estar com dificuldades em relação ao sono, com pontuação de 30 pontos: “Antônio não consegue dormir no quarto a noite, só dorme na sala e necessita ser embalado diversas vezes.” (Cuidadora B). Apresentou tensão significativa em relação à respiração, atingindo pontuação máxima, de 15 pontos. Tem bronquite, e quando surgem crises, as mesmas são muito fortes, necessitando hospitalização. Apresentou sintomas disfuncionais na área da alimentação, 33 pontos, recusando-se a aceitar o alimento em diversos momentos.

4 SÍNTESE DOS CASOS CRUZADOS

A análise individual de cada caso permite destacar alguns aspectos semelhantes e divergentes entre eles. Em relação ao eixo **Vivência do Acolhimento**, em todos os casos surgiram questões de como sentiram que as crianças reagiram em relação à mudança de ambiente, destacando reações das crianças quanto à diferença dos hábitos de que estavam acostumadas. Segundo Tinoco e Franco (2011) a passagem pela institucionalização é mesmo intensa e difícil para todos os envolvidos, tratando-se de uma experiência que exige um processo de readaptação e recuperação. Acrescido a isso, envolve a vivência de um processo de luto pelas mudanças, separações e perdas vividas, o que explicaria as reações relatadas pelas cuidadoras, como o estranhamento em relação aos cuidados recebidos e as dificuldades de comportamento. Também, em relação a esse eixo, podem-se incluir os motivos que levam a institucionalização da criança. Na literatura, Vectore e Carvalho (2008) destacam alguns que coincidem com os presentes neste estudo, como a questão do uso de entorpecentes e álcool pelos pais, juntamente com achados de estudos realizados por Siqueira e Dell'Aglio (2006), que acrescentam ainda a incapacidade de cuidado por parte dos genitores.

Já no eixo **Relação Criança-cuidador**, destacou-se os aspectos de dar carinho, segurança, assim como a importância de estabelecer regras para as crianças e garantir o seu cumprimento. Esses dados puderam ser observados, confrontando a literatura que trás que o ambiente institucional não é considerado o melhor ambiente para o desenvolvimento de uma criança em função do atendimento padronizado, a falta de atividades planejadas entre tantos outros prejuízos que a vivência institucional opera no indivíduo (CARVALHO, 2002). O autor também ressalta esta questão do alto índice de criança por cuidador. Durante a observação foi possível confirmar o pouco número de cuidadores para a quantidade de crianças institucionalizadas. Outro aspecto que se destacou neste sentido é que, além das crianças participantes do estudo, havia outras, de idade maior, que muitas vezes atuavam também como cuidadores das crianças menores, misturando-se e confundindo-se como cuidadores e figuras de referência. Apesar destas dificuldades também se observou a tentativa de mesmo assim estimular e planejar atividades para as crianças.

A respeito do eixo **Sintomas das Crianças**, todas as crianças apresentaram, em alguma área, respostas somáticas psicofuncionais. Dentre as características gerais das participantes, percebe-se que, das áreas analisadas, o sintoma psicofuncional que mais se repetiu foi em relação ao sono, surgindo em três das quatro crianças. Em relação a isso,

Debray (1988) refere que, para avaliar problemas relacionados ao sono de uma criança, deve-se considerar alguns fatores, como o ambiente que ela vive, os valores da cultura dos pais e os fatores biológicos particulares do bebê. A insônia, por exemplo, destacada no caso de Anderson, pode ser definida como uma dificuldade repetida em iniciar ou manter o sono, geralmente caracterizada pelo grande número de despertares noturnos, ocasionalmente com dificuldade em reiniciar o sono, também percebida em Antônio e Danilo. Muitas vezes, esse comportamento se manifesta após terem ocorrido dificuldades nos pais e na rotina familiar, relativas à privação de sono. Dessa forma, pode-se pensar que tudo o que toca o desenvolvimento do bebê, principalmente no que se relaciona ao seu aparelho psíquico, afeta, de alguma forma, funções básicas, como o sono, e devem ser vistas como um sinal de apelo (DEBRAY, 1988).

Em nenhum dos casos, foi evidenciado problemas de alergias e dificuldades com mudanças, uma vez que, em relação a este último aspecto, as regras da instituição são cumpridas com rigor e, durante o período de acolhimento das crianças, não houve mudanças significativas em relação a atividades, horários e ambientes frequentados, não sendo possível avaliar como se comportariam diante dessas situações. Também se fizeram presentes, embora na minoria dos casos, sintomas disfuncionais em relação à respiração e problemas de pele. Para Scalco e Donelli (2014), esses sintomas podem sugerir dificuldades na interação, pois a criança desta faixa etária contemplada no estudo ainda não dispõe de outros recursos para comunicar suas reais necessidades, sendo, então, seu sofrimento demonstrado através do sistema somático e que, possivelmente, tem relação com perturbações relacionadas ao vínculo afetivo.

Os sintomas psicofuncionais destacados por Pinto (2004) como sendo os mais frequentes na fase inicial da vida coincidem aos observados nesta pesquisa. A autora destaca o sono, percebido neste estudo como o fator que mais apresentou problemas, sendo disfuncional em três dos quatro casos, em que foi possível observar queixas como dormirem mal, acordar várias vezes a noite, ter o sono agitado. Em relação à alimentação, Pinto (2004) refere à questão dos distúrbios alimentares, principalmente a dificuldade com alguns tipos de alimentos que devem ser introduzidos nos primeiros anos de vida, que também surgiram nos resultados deste estudo. Problemas de comportamento também surgiram, relatados pelas cuidadoras entrevistadas, como temperamento difícil, irritação, ansiedade e medo, observados com mais intensidade em Anderson, criança mais velha entre as participantes. Em relação a isso, pode-se pensar que ela foi a que apresentou maior tempo de convivência com sua

família, podendo assim ter sofrido de forma mais intensa a ruptura dos vínculos familiares e sentido mais as mudanças ambientais advindas da situação de rompimento, respondendo a isso com estes comportamentos.

É importante destacar, também presente em alguns estudos citados por Siqueira e Dell’Aglío (2006), a questão dos prejuízos que a convivência institucional proporcionaria, e destacam o desenvolvimento da linguagem, observada em Anderson, criança do Caso A. Aqui, cabe ressaltar que a criança não era estimulada em casa, fator também presente no caso B, visivelmente observada em Danilo, que mesmo com 1 ano e 9 meses na ocasião da institucionalização, nunca havia ficado em outra posição a não ser sentado.

Neste sentido, cabe ressaltar a importância da estimulação precoce. Segundo Soejima e Bolsanelo (2012), a qualidade do ambiente em que a criança está inserida terá efeito e se refletirá nas etapas do desenvolvimento infantil que a criança terá que passar. Portanto, um cuidado inadequado ou a falta dele pode levar a uma situação de risco ou atraso evolutivo. O principal objetivo da estimulação precoce seria, a partir da vertente preventiva, fazer com que as crianças que apresentam transtornos em seu desenvolvimento ou possuem o risco de vir a apresentá-los, como no caso das crianças deste estudo, recebam as intervenções necessárias para promover e potencializar o seu desenvolvimento. As crianças participantes deste estudo foram estimuladas pelas cuidadoras após a institucionalização, fator presente em suas falas, indicando progressos, e que puderam ser notados durante a observação livre das crianças em interação com as demais e, na ocasião, na presença da cuidadora A. Vectore e Carvalho (2008) referem que o elevado número de crianças por cuidador dificulta a estimulação do seu desenvolvimento. De fato, durante a observação, percebeu-se a questão de haver muitas crianças para um único cuidador, embora se percebesse grande esforço por parte delas em estimular e se fazer presente.

Ambas as cuidadoras entrevistadas referiram acreditar que muitos dos comportamentos, sintomas e dificuldades que as crianças apresentam têm relação direta com a separação precoce da família, embora também acreditem que muitas vezes essa separação é mais positiva, pois terem a chance de serem mais bem tratados fora de seus lares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, assim como a reflexão acerca destes aspectos permitiu apresentar uma maior compreensão da realidade atual das instituições de acolhimento, refletindo a possibilidade de construção de vínculos saudáveis durante o período de acolhimento. Segundo a Teoria do Apego, desenvolvida por Bowlby (1990), as primeiras relações entre mãe e filho são essenciais para um desenvolvimento saudável na criança. Diante desta afirmação, esse estudo buscou investigar os efeitos de uma situação onde tais relações são precocemente rompidas, passando a criança a viver em uma instituição e rompendo esse vínculo tão importante a ser estabelecido no início da vida, que garantiria o desenvolvimento emocional de forma mais saudável. Acrescido a isso, no caso da institucionalização da criança, a somatória destas separações e perda de vínculos tão precoces podem gerar grandes angústias, fazendo com que certos comportamentos e sintomas psicossomáticos possivelmente fossem ativados, fator observado neste estudo.

Refletindo em relação aos fatores emocionais, Bowlby (1990) destacou a questão do comportamento de apego estar ligado à satisfação das necessidades tanto de cuidados físicos quanto os de amparo, destacando que a presença de afeto e proteção é tão importante quanto à alimentação e outros cuidados. As crianças deste estudo tiveram essas necessidades atendidas, em relação à alimentação, estimulação e cuidados que anteriormente não tiveram, mostrando progressos positivos nestas áreas. Porém, de acordo com o resultado deste estudo e achados na literatura, a questão do afeto, mesmo que também o recebam de suas cuidadoras, não foi o suficiente para melhorar e tratar falhas anteriores ao momento da institucionalização, uma vez em que referem sentir as crianças ainda muito carentes afetivamente. Também se percebeu que questões comportamentais e emocionais, que surgiram em alguns dos casos presentes no estudo não obtiveram melhoras, possivelmente por estarem ligadas a questões já instaladas e relacionadas à separação precoce.

Introduzir-se no cotidiano de uma instituição de acolhimento estudar esta faixa etária, em especial, mostrou que os estudos acerca dessa temática estão longe de se esgotar, tamanha a complexidade envolvendo a rede de relações presentes neste contexto. Com este estudo foi possível apresentar uma maior compreensão da realidade atual das instituições de abrigo, assim como identificar as manifestações psicossomáticas que surgem dentro deste contexto.

Neste sentido, considera-se imprescindível a necessidade de estudos futuros que abordem intervenções específicas com os cuidadores, principalmente em se tratando de

crianças abrigadas precocemente, uma vez que, estando na primeira infância, essas crianças precisam contar com um ambiente seguro, previsível e estável, para que seu desenvolvimento se dê de forma mais completa e saudável possível. Diante disso destaca-se a importância do psicólogo clínico, que poderá trabalhar com a equipe como um todo, de forma a ajudar na construção de um ambiente mais estável às crianças, e, dessa forma favorecendo o estabelecimento de interações mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, G. M. G; NEME, C. M. B. **Simbiose e psoríase: um estudo psicanalítico.**

Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415711X2009000200008&script=sci_arttext>.

Acesso em: 12 de Mar. de 2015

BERTHOUD, C. M. E; BROMBERG, M. H. F; COELHO, M. R. M. **Ensaio sobre Formação e Rompimentos de Vínculos Afetivos.** 2 ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1998.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental.** São Paulo: Martins Fontes, 1981.

BOWLBY, J. **Trilogia Apego e Perda.** Volumes I e II. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRASIL. **Lei Federal nº 8069/90**, de 13 de julho de 1990. Dispõem sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 mar. 2015

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

CARVALHO, A. Crianças institucionalizadas e desenvolvimento: possibilidades e desafios. In: LORDELO, E; CARVALHO, A. & KOLLER, S. H. **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo.** Brasília, DF, ago. 2005.

_____. **Resolução CFP 016/2000.** Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. 20 de dez. de 2000. Brasília, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/12.** 12 de dez. de 2012.

DALBEM, J. X; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 57(1- 2), 3-27, 2005.

DEBRAY, R. **Mães e bebês em revolta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DONELLI, T. M. S. **Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal**. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198382202011000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2015

EDELSTEIN, T. M. A interação mãe-bebê: Os sintomas psicossomáticos e o pediatra. **Revista Pediatria Moderna**, 36(1-2), 70-74, 2000.

GIACOMELLO, K. J; MELO, L. L. **Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico**. Campinas: Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.1, p.1571-1780, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLSE, B. O bebê, seu corpo e sua psique: Explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In: R. O. A. **O bebê, o corpo e a linguagem** (pp. 15-40). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

JERUSALINSKY, J; BERLINCK, M. T. Leitura de bebês. **Estilos da Clínica**, 24(13), 122-131, 2008.

KAUARK, F. S; MANHÃES, F. C; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático**. Bahia: Via Litterarum, 2010.

MENDONÇA, M. E. **A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott e a fisioterapia**. Disponível em:
<http://www.centrowinnicott.com.br/winnicott_eprint/uploads/bb27bd8c-b421e06.pdf>
Acesso em: 15 abr 2015.

NUNES, M. L. T. Entrevista como instrumento de pesquisa. In: MACEDO, M. M. K; CARRASCO, L. K. **(Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PINTO, E. B. **Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê**. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300007> Acesso em: 15 fev. 2015

SCALCO, M. O; DONELLI, T. M. S. **Os sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebês gêmeos aos nove meses de idade.** Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2015.

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

SILVA, H. C da (2014). **Indicadores de Depressão Materna e Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Uma Compreensão Psicanalítica.** Dissertação de mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

SILVA, K. S; SILVA, E. A. P. **Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida.** Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a12.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

SILVA, N. F. **Associação entre variáveis psicológicas e asma: uma revisão de literatura.** Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v18n2/v18n2a09.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

SIQUEIRA, A. C; DELL'AGLIO, D. D. **O Impacto da Institucionalização na Infância e na Adolescência: uma revisão de literatura.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100010>. Acesso em: 02 abr. 2015

SIQUEIRA, A. C; TUBINO, C. de L.; SCHWARZ, C.; DELL'AGLIO, D. D. **Percepções das figuras parentais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, v.61, n.1, 2009.

SOEJIMA, C. S; BOLSANELLO, M.A. **Programa de intervenção e atenção precoce com bebês na educação infantil.** Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602012000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 ago. 2015

TINOCO, V; FRANCO, M. H. P. **O luto em instituições de abrigamento de crianças.** Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103166X2011000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 mar. 2015

VECTORE, C; CARVALHO, C. Um olhar sobre o abrigo: a importância dos vínculos em contexto de abrigo. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** (ABRAPEE), v.12,n.2,p.441-449, jul./dez.2008

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: Um Manual para Profissionais da Saúde Mental**. São Paulo: Roca, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Há quanto tempo você conhece a(s) criança(s)?
- 2) Você conhece o motivo da entrada dela(s) na instituição?
- 3) Como foi o período de adaptação inicialmente?
- 4) O que você considerou mais difícil durante o período de adaptação?
- 5) Como era o relacionamento dela(s) com as outras crianças?
- 6) Como era o relacionamento dela(s) com os outros cuidadores?
- 7) Você percebeu alguma mudança nela(s) desde o momento de sua entrada até agora?
- 8) Como é o relacionamento dela(s) com as outras crianças atualmente?
- 9) Como é o relacionamento dela(s) com os outros cuidadores atualmente?
- 10) Na sua opinião, há algum comportamento da(s) criança(s) que considera ser melhor explicado devido a separação da família?
- 11) O que pensa a respeito da separação da(s) criança(s) da família durante essa idade?
- 12) O que você acha do retorno da(s) criança(s) à sua família de origem?

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Alessandro Luiz Lauck, psicólogo da ABEFI - Associação Beneficente Evangélica da Floresta Imperial - Centro de Defesa e Proteção Social Lar Padilha, localizada na Rua Marechal Floriano, 977, centro, Taquara/ RS, autorizo, neste espaço, a realização da pesquisa intitulada "A Manifestação de Sintomas Psicofuncionais em Crianças em Situação de Acolhimento Institucional", de Thainá da Rocha Silva, psicóloga, CRP 07/22662, aluna do Curso de Especialização em Psicologia da Criança e do Adolescente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, matrícula nº 1737385, sob orientação da professora Drª Tagma Marina Schneider Donelli.

O objetivo do estudo é compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em crianças em situação de acolhimento institucional. Em relação à metodologia, inicialmente será realizada uma observação livre naturalística das crianças em sua interação com o ambiente em que se encontram. Posteriormente será aplicado ao cuidador das crianças o instrumento "Symptom Check-list", que se trata de um questionário para avaliação quantitativa e qualitativa dos transtornos psicofuncionais na primeira infância, finalizando com uma entrevista semiestruturada também com o cuidador.

O material referente aos dados coletados das entrevistas ficará aos cuidados da pesquisadora deste projeto, com a finalidade de mantê-los em total sigilo e sem acesso a qualquer outra pessoa, conforme os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos e de acordo a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, que diz respeito aos esclarecimentos necessários aos sujeitos participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo.

Taquara, 28 de Abril de 2015



Alessandro Luiz Lauck
Psicólogo/ CRP 07/ 07645

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Versão cuidadores



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (cuidadores)

Eu, Thainá da Rocha Silva, psicóloga, CRP 07/22662, aluna regularmente matriculada no Curso de Especialização em Psicologia da Criança e do Adolescente, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, sob orientação da professora Dra. Tagma Marina Schneider Donelli, estou realizando uma pesquisa para minha monografia do curso de Especialização anteriormente citado, intitulada “A Manifestação de Sintomas Psicofuncionais em Crianças em Situação de Acolhimento Institucional”. O objetivo do estudo é compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em crianças em situação de acolhimento institucional e busca conhecer o ambiente cuidador da criança abrigada nos primeiros anos de vida, assim como investigar a relação da criança e dos cuidadores do abrigo e verificar as principais mudanças no comportamento da criança quando separada de sua família nos primeiros anos de vida.

Antes de aceitar participar, é importante que você tenha conhecimento das explicações abaixo que informam sobre os procedimentos da pesquisa. O primeiro instrumento a ser aplicado será a observação livre das crianças em sua interação com o ambiente em que se encontram, com você e com as outras crianças. Posteriormente você responderá o questionário “Symptom Check-list”, que traz perguntas sobre o que você percebe em relação aos comportamentos das crianças que participarão do estudo, finalizando com uma entrevista. Esta entrevista traz perguntas sobre o que você observa e percebe em relação às crianças, relatando assim suas percepções e vivências. A aplicação destes instrumentos levará cerca de duas horas.

Durante a aplicação do questionário e da entrevista, será utilizado um gravador de voz, para posterior transcrição e análise dos dados obtidos. O material referente aos dados coletados das entrevistas ficará aos meus cuidados, com a finalidade de mantê-los em total sigilo e sem acesso a qualquer outra pessoa, conforme os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos e o Código de Ética do Psicólogo.

Os riscos em participar desta pesquisa são mínimos, pois serão garantidos o sigilo e a privacidade de sua identidade e das informações que você fornecer. Na apresentação dos resultados, seu nome não será citado. Além disso, você poderá recusar-se a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem qualquer prejuízo, bem como recusar-se a responder qualquer pergunta que lhe cause algum constrangimento. A sua participação neste estudo será voluntária e não lhe trará nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Porém, sua participação será de extrema importância, pois você estará contribuindo e beneficiando o conhecimento científico acerca deste tema abordado.

Qualquer dúvida pode ser esclarecida comigo, Thainá da Rocha Silva, pelo telefone (54)99141274 ou pelo e-mail thaina_rs@yahoo.com.br, ou com a orientadora deste trabalho, através do telefone (51) 359112087, ou pelo e-mail tagmad@unisinos.br. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma comigo e outra com você.

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar dessa pesquisa e por isso dou meu consentimento.

_____, _____ de _____ de 2015.

Thainá da Rocha Silva
 Psicóloga/ CRP 07/22662

 Participante da Pesquisa

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
 Em: 08.10.2015

Av. Unisinos, 950 - Caixa Postal 275 - CEP 93022-000 - São Leopoldo - Rio Grande do Sul - Brasil
 Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 - Fax: (51) 3590-8118 - http://www.unisinos.br

[Assinatura]

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Versão Responsável



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Responsável)

Eu, Thainá da Rocha Silva, psicóloga, CRP 07/22662, aluna regularmente matriculada no Curso de Especialização em Psicologia da Criança e do Adolescente, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, matrícula nº 1737385, sob orientação da professora Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli, estou realizando uma pesquisa para minha monografia do curso de Especialização anteriormente citado, intitulada "A Manifestação de Sintomas Psicofuncionais em Crianças em Situação de Acolhimento Institucional". O objetivo do estudo é compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em crianças em situação de acolhimento institucional e busca conhecer o ambiente cuidador da criança abrigada nos primeiros anos de vida, assim como investigar a relação da criança e dos cuidadores do abrigo e verificar as principais mudanças no comportamento da criança quando separada precocemente de sua família. A participação desta instituição é de extrema importância, pois você estará contribuindo e beneficiando o conhecimento científico acerca deste tema abordado, que permitirá uma maior compreensão da realidade atual das instituições de abrigo, refletindo a possibilidade de construção de vínculos saudáveis durante o período de acolhimento.

Venho, por meio desta, solicitar sua autorização para a participação de _____ (nome da criança), que encontra-se sob sua responsabilidade nesta instituição. Será realizada uma observação livre da criança em sua interação com o ambiente, com os cuidadores, e com as outras crianças. Posteriormente será aplicado com os cuidadores das crianças observadas o instrumento "Symptom Check-list" que traz perguntas sobre o que o cuidador percebe em relação aos comportamentos das crianças que participarão do estudo, finalizando com uma entrevista, também com o cuidador. Esta entrevista traz perguntas sobre o que ele observa e percebe em relação às crianças, relatando assim suas percepções e vivências. A aplicação destes instrumentos levará cerca de duas horas.

Durante a observação, não será utilizado nenhum tipo de registro de áudio e vídeo. Já na aplicação do instrumento e da entrevista com os cuidadores será utilizado um gravador de voz, para posterior transcrição e análise dos dados obtidos. O material referente aos dados coletados das entrevistas ficará aos meus cuidados, com a finalidade de mantê-los em total sigilo e sem acesso a qualquer outra pessoa, conforme os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos e o Código de Ética do Psicólogo.

Não será solicitado que as crianças assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que deem seu assentimento, pois se trata de crianças com menos de três anos de idade que ainda não estão alfabetizadas e que não possuem maturidade para compreender os procedimentos da pesquisa. Porém, para resguardar os direitos das crianças, valerá a assinatura deste termo expressando a sua autorização para a participação da criança na pesquisa. Os cuidadores envolvidos assinarão um Termo de Consentimento Livre Esclarecido próprio e serão claramente informados de que sua contribuição ao estudo é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem prejuízo ou punição.

Serão garantidos o sigilo e a privacidade de sua identidade e das informações que você fornecer. Na apresentação dos resultados, nenhum nome será citado. Qualquer dúvida pode ser esclarecida comigo, Thainá da Rocha Silva, pelo telefone (54)99141274 ou pelo e-mail thaina_rs@yahoo.com.br, ou com a orientadora deste trabalho, através do telefone (51) 359112087, ou pelo e-mail tagmad@unisinios.br.. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma comigo e outra com você.

Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que autorizo a participação de _____ (nome da criança) nessa pesquisa e por isso dou meu consentimento.

_____, _____ de _____ de 2015.

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
 Em: ... 28/06/15

Thainá da Rocha Silva
 Psicóloga/ CRP 07/22662

Responsável

Av. Unisinios, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil
 Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 http://www.unisinios.br

ANEXO A – INVENTÁRIO DE SINTOMAS “SYMPTOM CHECK-LIST”

OBS: Antes da entrevista ser iniciada, mencionar na gravação:

- 1) Nome do entrevistado
- 2) Nome do entrevistador
- 3) Data da entrevista
- 4) Instrumento utilizado

Questionário “Symptom Check-list”

Nome: _____
Data de nascimento: _____
Idade: _____
Código/ Nr do caso: _____

Avaliador: _____

Data de avaliação: _____

INVENTÁRIO DE SINTOMAS

“Symptom Check-List”

Avaliação dos distúrbios psicofuncionais da primeira infância¹

SONO

1. Você colocou seu(sua) filho(a) para dormir sempre no mesmo horário, tivesse ele(a) sono ou não, no último mês?

1	2	3	4	5
- com variação de menos de 15 min.		- com variação de menos de 1 hora.		- com variação de mais de 1 hora.

2. Quando você coloca seu(sua) filho(a) no berço ou na cama à noite, ele(a) tem dificuldade para dormir?

¹Tradução da Profª Drª Elizabeth Batista Pinto (Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Revisada pela Profª Drª Jaqueline Wendland (Universidade de Paris V, Laboratório de Psicopatologia e Neuropsicologia Clínica). Versão modificada F-3.95. Utilização autorizada por tradutora e revisora.

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

2. a) Quanto tempo ele(a) demora para dormir a partir do momento que ele(a) deveria dormir, do seu ponto de vista?

1	2	3	4	5
- quase que imediatamente.	- em menos de 15 minutos aproximadamente.	- em menos de 30 minutos aproximadamente.	- em menos de 1 hora aproximadamente.	- em mais de 1 hora aproximadamente.

2. b) O que acontece durante este tempo? (Você é obrigada a repreendê-lo(a), tirá-lo(a) da cama ou _____?)

2. c) Ele(a) consegue dormir sozinho?

() Sim () Não. ele(a) dorme: no colo, na cama dos pais, no carro etc...

3. **(se a criança tem dificuldades para dormir)** Porque você acha que seu(sua) filho(a) tem dificuldades para dormir?

4. Muitas crianças têm um “ritual” quando vão dormir (por exemplo, querem que cante, deixe a porta entreaberta etc...). Se este é o caso de seu(sua) filho(a), descreva como é este “ritual”:

4. a) Quando o “ritual” começou e como ele se modificou?

4. b) Seu(sua) filho(a) tem hábitos ou objetos específicos para dormir?

5. Você tem a impressão que seu(sua) filho(a) teve medos quando foi se deitar ou antes de dormir no último mês?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

(Se a criança não manifesta medos, passar para a questão 6.)

5. a) Você tem alguma ideia do que é que seu(sua) filho(a) tem medo?

5. b) Como se manifesta este medo?

5. c) Quando começaram os medos?

6. Seu(sua) filho(a) teve pesadelos à noite no último mês?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

(Se a criança não teve pesadelos, passar para a questão 7.)

6. a) Como aconteceu?

7. Seu(sua) filho(a) levantou-se ou se acordou à noite ao longo do último mês?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

8. Ao longo de uma noite comum, quantas vezes seu filho(a) se levantou ou se acordou, em média no último mês? _____ x por noite.

9. Os pais costumam ter alguns “truques” para fazerem seu(sua) filho(a) voltar a dormir, como por exemplo cantar, dar chupeta ou xingar gentilmente. O que você faz?

9. a) Na lista abaixo, assinale **1** no que corresponde ao que você faz mais freqüentemente, **2** em seguida etc...

(Risque o que a mãe não faz nunca:)

<input type="checkbox"/>	- dar chupeta;
<input type="checkbox"/>	- embalar;
<input type="checkbox"/>	- murmurar gentilmente;
<input type="checkbox"/>	- dar mamadeira/ seio;
<input type="checkbox"/>	- cantar;
<input type="checkbox"/>	- não fazer nada e esperar;
<input type="checkbox"/>	- levar para a cama dos pais;
<input type="checkbox"/>	- falar em um tom bravo;
<input type="checkbox"/>	- brincar;
<input type="checkbox"/>	- bater;
<input type="checkbox"/>	- acariciar;
<input type="checkbox"/>	- outro: _____

10. Quando seu(sua) filho(a) se levanta ou se acorda (durante à noite ou nos períodos habituais de sono), você faz qualquer coisa para ele(a) voltar a dormir?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

11. Quanto tempo seu(sua) filho(a) demora, em geral, para voltar a dormir quando ele(a) se levanta ou se acorda durante a noite?

1	2	3	4	5
- quase que imediatamente.	- em menos de 15 minutos, aproximadamente.	- em menos de 30 minutos, aproximadamente.	- em menos de 1 hora, aproximadamente.	- em mais de 1 hora, aproximadamente.

12. Algumas crianças têm um despertar “difícil”, têm mau humor, resmungam, choram. Este é o caso do(a) seu(sua) filho(a)?

1	2	3	4	5
- todas os dias ou quase todos.		- dia sim, dia não.		- nunca ou raramente.

12. a) Se este é o caso de seu(sua) filho(a), como é que isso acontece?

12. b) Por que razões isso ocorre, em sua opinião?

12. c) Em qual despertar (durante a noite, pela manhã, soninho da manhã ou da tarde) isso acontece mais frequentemente?

QUESTÃO PARA O AVALIADOR (não perguntar para a mãe):

12*. Avaliação do sistema mãe-criança com relação ao sono (completar com base nas respostas às questões 4, 9, 10, 11, 12 + 9a):

- variações dentro da normalidade;	- tensões importantes, com certa desarmonia na regulação da atividade;	- sistema claramente disfuncional.
------------------------------------	--	------------------------------------

13. Seu(sua) filho(a) fez “soninho” durante o dia no último mês?

EM CASA	1	2	3	4	5
	- todos os dias.		- dia sim, dia não.		- nunca ou raramente.

NA CRECHE / NO BERÇÁRIO	1	2	3	4	5

	- todos os dias.		- dia sim, dia não.		- nunca ou raramente.
--	------------------	--	---------------------	--	-----------------------

13. a) Se seu(sua) filho(a) fez "soninho" durante o dia, quanto tempo durou em média?

EM CASA	1	2	3	4	5
	- aproximadamente meia hora.		- menos de uma hora.		- mais de uma hora.

NA CRECHE / NO BERÇÁRIO	1	2	3	4	5
	- aproximadamente meia hora.		- menos de uma hora.		- mais de uma hora.

13. b) **Se não**, há quanto tempo seu(sua) filho(a) não faz mais um soninho?

14. Em que lugar da casa seu(sua) filho(a) dormiu à noite no último mês?

em um quarto com o irmão ou irmã;	no quarto dos pais;	na sala;	em seu próprio quarto;	na cozinha;	no hall.

15. Quando vocês não estão em casa (nas férias, visitas), seu(sua) filho(a) vai dormir e dorme como em casa? ()

Sim () Não

15. a) Se este não é o caso, como acontece?

16. Indique os períodos (noite e dia) durante os quais seu(sua) filho(a) dormiu habitualmente no último mês

manhã | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | noite
6 9 12 15 18 21 24 3 6

No caso de distúrbios de sono:

17. Há quanto tempo seu(sua) filho(a) tem problemas de sono?

17. a) Como os problemas de sono começaram?

17. b) Estes problemas são maiores em determinados dias da semana?

18. Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?

1	2	3	4	5
- suficiente.		- mais ou menos.		- não suficiente.

ALIMENTAÇÃO

19. a) Seu filho já está comendo outros alimentos além do leite?

() não () sim. Quais? () suco () chá () fruta () sopinha () outro. _____

19. b) **Se apenas leite:** () leite materno () leite materno e mamadeira () mamadeira

19. No último mês, seu(sua) filho(a) comeu?

- demais.	- bem/suficiente.	- pouco.

20. Indique os horários que seu(sua) filho(a) foi habitualmente alimentado no último mês.

manhã | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | noite
6 9 12 15 18 21 24 3 6

21. A duração aproximada da refeição principal é de: **(caso a criança apenas tome leite, considerar a refeição principal como aquela em que a criança tem mais fome)**

- 5 a 30 minutos.	- 30 a 60 minutos.	- menos de 5 ou mais de 60 min.

22. Há diversas maneiras de uma criança se alimentar. Qual é a mais parecida com a de seu(sua) filho(a) no último mês?

- em geral, ele(a) come a mesma quantidade.	- ele(a) come quantidades muito diferentes de uma refeição a outra.	- em alguns períodos as quantidades são regulares mas em outros são variáveis.

23. a) Você costuma dar a seu(sua) filho(a) alimentos ou mamadeira entre as refeições?

- sim.	- não.	- frequentemente.	- às vezes.	- nunca.

23. b) Em quais circunstâncias isto ocorre?

--	--	--	--	--	--	--	--

quando ele(a) chora;	quando ele(a) está cansado(a) ou enjoado;	para distraí-lo(a) de algo;	durante a refeição da família;	para que não fique incomodado(a);	como recompensa;	como brincadeira;	Outros, descreva _____
----------------------	---	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	------------------	-------------------	------------------------

24. Quem, em geral, deu a comida a seu(sua) filho(a) no último mês?

25. O que faz seu(sua) filho(a) se é hora de comer e ninguém providenciou sua refeição? Como ele(a) mostra que tem fome?

ele(a) grita vigorosamente, bate os pés, fica bravo(a).	ele(a) chora com insistência.	ele(a) chora um pouco.	ele chama e resmunga;	ele(a) não faz nada.	ele(a) diz que tem fome.
---	-------------------------------	------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------

26. No último mês, seu(sua) filho(a) foi totalmente dependente ao ser alimentado(a) ou ele(a) participou de alguma forma de sua refeição? () dependente () independente

27. Como seu(sua) filho(a) participa de sua refeição:

segurando sua mamadeira;	bebendo na xícara ou no copo;	levando a colher cheia à boca;	comendo sozinho com uma colher;	comendo com as mãos.
--------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------

28. Algumas crianças têm um ritual para comer, por exemplo, “fazer aviãozinho”, “uma colherada para o papai, uma para a mamãe”, ficar em uma determinada posição, etc... Se este é o caso de seu(sua) filho(a), descreva como é que acontece.

29. Este ritual para comer ocorre:

em todas as refeições, senão a criança não come.	apenas na refeição principal.	de tempos em tempos, como brincadeira.
--	-------------------------------	--

30. Seu(sua) filho(a) come de tudo? () Sim () Não

31. Ele(a) tem preferências alimentares? Descreva-as brevemente.

32. Abaixo estão especificadas algumas maneiras das crianças reagirem à introdução de novos alimentos (suco de laranja, purê de maçã, sopa, legumes etc...). Qual é a reação habitual mais próxima da de seu(sua) filho(a)?

1	2	3
Ele(a) engole tudo sem reclamar.	Na primeira vez, ele(a) faz caretas, cospe, mais após algumas tentativas, ele(a) se acostuma	Mesmo após muitas tentativas, ele(a) continua a recusar a maior parte dos novos alimentos

32. a) Como ele(a) reagiu? Para cada uma das alternativas, escolha uma das reações e circule:

	Ele(a) engole tudo sem reclamar.	Na primeira vez, ele(a) faz caretas, cospe, mais após algumas tentativas, ele(a) se acostuma	Mesmo após muitas tentativas, ele(a) continua a recusar a maior parte dos novos alimentos
À passagem do seio para a mamadeira;	1	2	3
Ao primeiro alimento líquido (suco de laranja);	1	2	3
Ao primeiro alimento sólido (sopa);	1	2	3
Aos alimentos sólidos não conhecidos (legumes, carnes);	1	2	3

33. Seu(sua) filho(a) se recusa comer?() Sim () Não

33. a) RECUSA A LÍQUIDOS

1	2	3	4	5
em todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, refeição não.		nunca ou raramente.

33. b) RECUSA A SÓLIDOS

1	2	3	4	5
em todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, refeição não.		nunca ou raramente.

34. a) Você insiste para que ele(a) termine sua mamadeira ou sua refeição?() Sim () Não

34. b) O que você faz quando seu(sua) filho(a) se recusa comer ou come pouco? (Coloque 1 no correspondente ao que a mãe faz mais frequentemente, 2 em seguida etc... Risque o que a mãe nunca faz.)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | - faço muitas pausas durante a refeição; |
| <input type="checkbox"/> | - tento distrai-lo(a) e alimentá-lo(a) brincando; |
| <input type="checkbox"/> | - forço-o(a) de tempos em tempos a abrir a boca; |
| <input type="checkbox"/> | - pego(a) de surpresa; |
| <input type="checkbox"/> | - peço a uma outra pessoa (pai, irmão, irmã, etc...) para alimentá-lo(a); |
| <input type="checkbox"/> | - deixo-o(a) só em sua cadeira com o prato até que tenha terminado; |

- | | |
|--|---------------------------------------|
| | - repreendo-o(a) severamente; |
| | - prometo-lhe uma pequena recompensa; |
| | - aviso(a) que será punido(a). |

34. c) Se você insiste, em caso de dificuldade, para que a criança coma, o que acontece e como reage a criança?

35. Como você considera atualmente o momento da refeição de seu(sua) filho(a)?

um momento difícil.	um momento agradável.	um momento como outros.

35. a) Descreva a pior refeição que seu(sua) filho(a) teve no último mês?

QUESTÃO PARA O AVALIADOR (não perguntar para a mãe):

35*. Avaliação do sistema mãe-criança com relação à alimentação (complete com base nas respostas às questões 19, 21, 28, 33, 34 e 35) +29 (sugestão da tradutora)

variações dentro da normalidade.	tensões importantes, com certa desarmonia na regulação da atividade.	sistema claramente disfuncional.

36. Seu(sua) filho(a) coloca "coisas" (não comestíveis) na boca?²

() Não () Sim. Quais? _____

44. Seu(sua) filho(a) regurgita ou cospe o alimento?

1	2	3	4	5
todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, outra não.		nunca ou raramente.

45. Seu(sua) filho(a) vomita o alimento?

1	2	3	4	5
todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, outra não.		nunca ou raramente.

46. Seu(sua) filho(a) guarda o alimento na boca por algum tempo e depois o coloca para fora? (mericismo)

² O questionário original passa desta questão para a de número 44.

() Sim () Não

No caso de distúrbios alimentares³:

- Há quanto tempo seu filho(a) tem problemas alimentares?
- Como os problemas alimentares começaram?
- Estes problemas são maiores em determinados dias da semana?

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?⁴

1	2	3	4	5
suficiente.		mais ou menos.		não suficiente.

Informações gerais

47. Peso ao nascimento: _____
48. Peso atual: _____
49. Estatura ao nascimento: _____
50. Estatura atual: _____
51. O peso é verificado regularmente⁵? () Sim () Não
52. A criança tem problemas de peso? () Sim () Não
53. A progressão da estatura é regular? () Sim () Não

DIGESTÃO

54. Seu(sua) filho(a) tem dor de barriga (cólicas, diarreias, desconforto abdominal, etc.) antes ou depois da refeição?

1	2	3	4	5
todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, outra não.		nunca ou raramente.

55. Seu(sua) filho(a) chora como se estivesse com dor de barriga, durante e após uma refeição, especialmente após o almoço ou à tarde?

1	2	3	4	5
todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, outra não.		nunca ou raramente.

³ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

⁴ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

⁵ No original, a questão se refere à regularidade do ganho de peso, e não à regularidade da verificação do peso.

56. Seu(sua) filho(a) fica constipado?

1	2	3	4	5
muito.	frequentemente.	de tempos em tempos.	raramente.	nunca ou quase nunca.

57. Seu(sua) filho(a) tem diarreia?

1	2	3	4	5
muito.	frequentemente.	de tempos em tempos.	raramente.	nunca ou quase nunca.

58. As diarréias de seu(sua) filho(a) duram em geral?

1 dia.	2 - 3 dias.	Uma semana ou mais.

RESPIRAÇÃO

59. Seu(sua) filho(a) tem asma/problemas respiratórios?**(se resposta NÃO, passar para questão 63)**

1	2	3	4	5
frequentemente.		de tempos em tempos.		nunca ou quase nunca.

Qual o problema respiratório que seu(sua) filho(a) tem⁶?

() asma () bronquite () otite () faringite () laringite () sinusite
() rinite

Desde quando ele tem esse problema?

É necessário dar remédio (antibiótico ou outro)?⁷

60. Estas crises de asma/problemas respiratórios são:

1	2	3	4	5
muito intensas.		de intensidade média.		pouco intensas.

61. Descreva o que ocorre quando ele(a) tem uma crise de asma/problemas respiratórios?

62. As crises de asma/problemas respiratórios dele(a) terminam geralmente por:

--	--	--	--

⁶ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

⁷ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

tratamento hospitalar.	tratamento médico em casa.	outro tratamento em casa.	sem tratamento.
------------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------

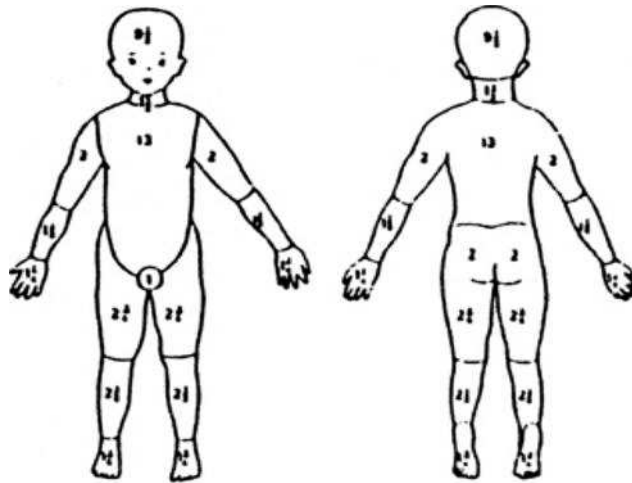
63. Seu(sua) filho(a) tem crises nas quais fica sem ar e/ou muda de cor e/ou perde a consciência?

1	2	3	4	5
frequentemente.		de tempos em tempos.		nunca ou quase nunca.

PELE

64. Seu(sua) filho(a) tem eczema/doença de pele? () Sim () Não (se resposta NÃO, passar para questão 69)

65. Se sim, assinale nos esquemas abaixo a(s) zona(s) do corpo que é(são) em geral atingida(s).



66. Qual é a duração das crises de eczema/problemas de pele?

1	2	3	4	5
1 a 2 dias.		aproximadamente uma semana.		crônica.

67. Qual é a intensidade das crises de eczema/problemas de pele?

1	2	3	4	5
Forte		média.		fraca.

68. Foi necessário dar ou passar remédio no último mês?

1	2	3	4	5
sem medicamento.		medicamento simples.		cortisona, antibiótico.

ALERGIAS

69. Seu(sua) filho(a) tem alergias? () Sim () Não **(se resposta NÃO, passar para questão 70)**

Para cada alergia assinalada, avalie a intensidade e a frequência das manifestações:

69. a) Alimentos

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69. b) Respiratória

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69. c) Cutânea/de pele

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69.d) Outras: _____

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

RECORRÊNCIA A SERVIÇOS MÉDICOS

70. Quantas vezes ao longo do último mês você consultou um médico pelas razões:

	tratamento sem medicação A	tratamento com medicação B	Hospitalização C	regime alimentar D	Outro	Nr de consultas
- Sono						
- Alimentação						
- Digestão						
- Asma						
- Pele						
- Alergias						
- Controle de rotina						
- Acidentes						
- Doenças benignas						
- Doenças sem diagnóstico						

COMPORTAMENTO

71. Nas 4 últimas semanas, seu(sua) filho(a) teve crises de raiva? **(se resposta NÃO, passar para questão 73)**

71. a) Frequência

1	2	3	4	5
muito	freqüentemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

71. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

72. Em quais circunstâncias se manifestaram as crises de raiva?

73. Seu(sua) filho(a) tem certas atitudes que a preocupam (por exemplo balançar o corpo, bater a cabeça)? Descreva os comportamentos. **(se resposta NÃO, passar para questão 75)**

74. Ao longo das 4 últimas semanas seu(sua) filho(a) apresentou esta atitude?

74. a) Frequência

1	2	3	4	5
muito	frequêntemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

74. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

75. Nas últimas 4 semanas, seu(sua) filho(a) apresentou comportamentos de oposição e/ou de negativismo? **(se resposta NÃO, passar para questão 76)**

75. a) Frequência

1	2	3	4	5
- muito.	- frequêntemente.	- de tempos em tempos.	- raramente.	- nunca ou quase nunca.

75. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

76. Nas 4 últimas semanas seu(sua) filho(a) apresentou comportamento agressivo?

- com você ou a sua família?

- com outras crianças?

76. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequêntemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

76. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

No caso de distúrbios de comportamento:⁸

- Desde quando seu(sua) filho(a) tem problemas de comportamento?

- Como é que os problemas de comportamento começaram?

- Estes problemas de comportamento são maiores em determinados dias da semana?

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?⁹

⁸ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

1	2	3	4	5
- suficiente.		- mais ou menos.		- insuficiente.

MEDOS/TIMIDEZ

77. Seu(sua) filho(a) tem medos?**(se resposta NÃO, passar para questão 80)**

do escuro	de certos animais	de máquinas	de barulhos súbitos	- de pessoas estranhas	de situações novas	outra. Descreva_____

77. a) Frequência

1	2	3	4	5
muito	frequentemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

77. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

78. Para cada resposta alternativa à questão 77, indique quando apareceu este medo, como ele se manifestou e o que você fez na situação.

78. a) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

78. b) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

78. c) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

⁹ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

QUESTÃO PARA O AVALIADOR (não perguntar para a mãe):

79. Fobia com evitação sistemática da situação? (Avaliação a partir das respostas às questões 77 e 78)

() Sim () Não

80. Nas quatro últimas semanas seu(sua) filho(a) teve episódios de timidez ou de recusa ao contato? (**se resposta NÃO, passar para questão 81**)

80. a) Freqüência

1	2	3	4	5
muito.	freqüentemente.	de tempos em tempos.	raramente.	nunca ou quase nunca.

80. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte.		- média.		- fraca.

SEPARAÇÃO

81. Nas últimas semanas seu(sua) filho(a) teve dificuldades de separação? (Especifique as circunstâncias e a época da aparição) (**se resposta NÃO, passar para questão 82**)

81. a) Freqüência

1	2	3	4	5
muito	freqüentemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

81. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média.		- fraca.

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?¹⁰

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¹⁰ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

- suficiente.		- mais ou menos.		- não suficiente.
---------------	--	------------------	--	-------------------

MUDANÇAS

Nos últimos meses houve mudanças importantes com relação às pessoas que cuidam da criança, seu plano de vida (mudança de casa, de quarto, de cama), seus horários (por exemplo: horário de sono, de alimentação)?

1	2	3	4	5
numerosas mudanças.		algumas mudanças.		nenhuma mudança.

82. Durante o último mês, houve alguma mudança de pessoas que se encarregam regularmente das seguintes atividades do seu filho? Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente:

	Mudanças	Observações
Dar o café da manhã		
Dar o almoço		
Dar o lanche		
Dar a janta		
Colocar na cama		
Acordar e tirar da cama		
Ver quando acorda		
Dar banho		
Vestir		
Despir		
Ler contos		
Brincar		
Passear		

83. Durante o último mês, houve mudança de horário para as atividades seguintes? Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente:

	Mudanças	Observações
Hora do café da manhã		
Hora do almoço		
Hora do lanche		
Hora da janta		
Hora de dormir		
Hora de acordar		
Hora do banho		
Hora da soneca		
Hora da brincadeira		
Hora do passeio		

84. Durante o último mês, houve mudança no ambiente da criança nas seguintes situações? Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente:

	Mudanças	Observações
A cama onde a criança dorme		
O quarto onde a criança dorme		
A cama ou o quarto onde faz a soneca		
O cômodo onde brinca		
O cômodo onde é trocado		
A casa onde vive		
O cômodo onde come		
O lugar das brincadeiras fora de casa		
As pessoas que vivem na mesma casa		

APOIO SOCIAL¹¹

85. Na vida diária com seu(sua) filho(a) toda vez que você precisou de ajuda (apoio, conforto, conselhos, etc...) você pode contar com:

	nunca ou raramente		algumas vezes		sempre ou freqüentemente
a) o pai da criança/seu cônjuge	1	2	3	4	5
b) sua família	1	2	3	4	5
c) seus amigos	1	2	3	4	5
d) outros (especifique)	1	2	3	4	5

85.a. Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?

1	2	3	4	5
- suficiente.		- mais ou menos.		- não suficiente.

EVENTOS ESTRESSANTES¹²

86. Houve na família, nos últimos meses, eventos ou situações como:

perda do emprego;	problemas de moradia;	problemas financeiros;	doença grave;	óbito;	problemas de alcoolismo;	problemas com drogas;	outro. Descreva _____

¹¹ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

¹² Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

REPERCUSSÕES¹³

87. Você tem a impressão que os problemas atuais com seu(sua) filho(a) têm uma repercussão ou incidência:

NA VIDA DO CASAL

1	2	3	4	5
- forte.		- média.		- fraca.

88. Você tem a impressão que os problemas atuais com seu(sua) filho(a) têm uma repercussão ou incidência:

NA VIDA FAMILIAR

1	2	3	4	5
- forte.		- média.		- fraca.

¹³ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

ANEXO B - APROVAÇÃO DO CONSELHO E ÉTICA EM PESQUISA/UNISINOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAPSGO)
 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão agosto/2013

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO 051/2015

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 15/046 **Versão do Projeto:** 08/06/2015 **Versão do TCLE:** 08/06/2015

Coordenadora:


Acadêmica Thainá da Rocha Silva (Curso de Especialização em Psicologia da Criança e do Adolescente)

Título: A Manifestação de Sintomas Psicofuncionais em Crianças em Situação de Acolhimento Institucional.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 08 de junho de 2015.


 Prof. Dr. José Roque Junges
 Coordenador do CEP/UNISINOS